



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**



**IPBeja**  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

# **Formar para Educar em Diabetes: Formação de Enfermeiros**

**Vanessa Alexandra Nogueira Ferreira Gregório**

Orientação: Isaura Serra, Mestre em Intervenção Sócio Organizacional na Saúde; Professora Adjunta na Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

**Relatório de Estágio**

Setúbal, 2019

*Esta dissertação inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri*



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**



**IPBeja**  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

# **Formar para Educar em Diabetes: Formação de Enfermeiros**

**Vanessa Alexandra Nogueira Ferreira Gregório**

Orientação: Isaura Serra, Mestre em Intervenção Sócio Organizacional na Saúde; Professora Adjunta na Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

**Relatório de Estágio**

Setúbal, 2019

## PENSAMENTO

“Enfermagem é a arte de cuidar incondicionalmente, é cuidar de alguém que você nunca viu na vida, mas mesmo assim, ajudar e fazer o melhor por ela. Não se pode fazer isso apenas por dinheiro... Isso se faz por e com amor!”

**Angélica Tavares**

## AGRADECIMENTOS

À Enfermeira Orientadora, Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, pela orientação durante os estágios, pelo apoio e disponibilidade demonstrada.

À Professora Isaura Serra, pela disponibilidade e orientação na execução deste trabalho.

A toda a equipa da UCSP onde realizei os estágios, pelo acolhimento e disponibilidade.

Aos meus familiares e amigos pelo apoio.

Aos meus pais, por estarem sempre presentes e a dar o seu máximo apoio.

Ao Fábio pela partilha, aprendizagem, apoio e companheirismo.

À Anabela e Sofia, minhas companheiras de percurso, que ajudaram sempre e me fizeram sempre acreditar que eu era capaz.

A todos, muito obrigada.



## RESUMO

A Diabetes Mellitus é uma problemática com impacto em Portugal. Nesse sentido foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária, no âmbito da consulta de enfermagem de diabetes, dirigida aos enfermeiros dos cuidados de saúde primários e hospitalar que realizam essa consulta, de forma a partilhar conhecimentos e uniformizar intervenções. O objetivo foi melhorar os conhecimentos dos enfermeiros sobre diabetes.

Foi utilizada a metodologia de planeamento em saúde, realizadas entrevistas semiestruturadas aplicados questionários de avaliação de conhecimentos e realizado um Workshop, com duas sessões, intitulado “Formar para Educar em Diabetes”.

A intervenção com o Workshop sobre várias áreas abordadas na consulta de diabetes foi considerada muito positiva pelos enfermeiros. É essencial continuar a intervir com vista à uniformização de conhecimentos e intervenções de enfermagem, no âmbito da consulta de enfermagem de diabetes, realizada nos cuidados de saúde primários e hospitalares.

**Descritores:** Diabetes, Formação, Consulta de enfermagem

## **ABSTRAT**

Diabetes Mellitus is a problem with an impact in Portugal. In this sense, a community intervention project was developed, within the framework of the diabetes nursing consultation, directed to primary and hospital nurses who carry out this consultation, in order to share knowledge and standardize interventions. The goal was to improve nurses' knowledge about diabetes.

The methodology of health planning was used, semistructured interviews were carried out with questionnaires of knowledge evaluation, and a two-session workshop entitled "Training to Educate in Diabetes" was held.

The intervention with the Workshop on several areas addressed in the diabetes consultation was considered very positive by the nurses. It is essential to continue to intervene in order to standardize nursing knowledge and interventions, within the framework of the diabetes nursing consultation, performed in primary and hospital health care.

**Keywords:** Diabetes, Continuing Education, Nursing Consultation

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1</b> – PERCENTAGEM DE RESPOSTAS CERTAS E ERRADAS NA TEMÁTICA DE NUTRIÇÃO	57
<b>GRÁFICO 2</b> – PERGUNTA N.º 1 – NUTRIÇÃO	57
<b>GRÁFICO 3</b> – PERGUNTA N.º 2 - NUTRIÇÃO	58
<b>GRÁFICO 4</b> – PERGUNTA N.º 3 - NUTRIÇÃO	58
<b>GRÁFICO 5</b> – PERGUNTA N.º 4 - NUTRIÇÃO	58
<b>GRÁFICO 6</b> – PERCENTAGEM DE RESPOSTAS CERTAS E ERRADAS NA TEMÁTICA DE SAÚDE ORAL	
LVIII	
<b>GRÁFICO 7</b> – PERGUNTA N.º 5 - SAÚDE ORAL	59
<b>GRÁFICO 8</b> – PERGUNTA N.º 6 – SAÚDE	59
<b>GRÁFICO 9</b> – PERCENTAGEM DE RESPOSTAS CERTAS E ERRADAS NA TEMÁTICA DE CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE DIABETES	60
<b>GRÁFICO 10</b> – PERGUNTA N.º 9	61
<b>GRÁFICO 11</b> – PERGUNTA N.º 11	61
<b>GRÁFICO 12</b> – PERCENTAGEM DE RESPOSTAS CERTAS E ERRADAS NA TEMÁTICA ATIVIDADE FÍSICA	62
<b>GRÁFICO 13</b> – PERGUNTA N.º 12 – ATIVIDADE FÍSICA	62
<b>GRÁFICO 14</b> – PERGUNTA N.º 13 – ATIVIDADE FÍSICA	62
<b>GRÁFICO 15</b> – PERGUNTA N.º 15 – ATIVIDADE FÍSICA	62
<b>GRÁFICO 16</b> – PERGUNTA N.º 17 – ATIVIDADE FÍSICA	62
<b>GRÁFICO 17</b> – PERCENTAGEM TOTAL DE RESPOSTAS CERTAS E ERRADAS NO QUESTIONÁRIO ANTES DO WORKSHOP	62
<b>GRÁFICO 18</b> – PERCENTAGEM DE RESPOSTAS CERTAS E ERRADAS NA TEMÁTICA DE NUTRIÇÃO	66
<b>GRÁFICO 19</b> – PERGUNTA N.º 1 - NUTRIÇÃO	67
<b>GRÁFICO 20</b> – PERGUNTA N.º 3 - NUTRIÇÃO	67
<b>GRÁFICO 21</b> – PERGUNTA N.º 4 - NUTRIÇÃO	67
<b>GRÁFICO 22</b> – PERCENTAGEM DE RESPOSTAS CERTAS E ERRADAS NA TEMÁTICA DE SAÚDE ORAL	68
<b>GRÁFICO 23</b> – PERGUNTA N.º 6 – SAÚDE	68

<b>GRÁFICO 24 – PERCENTAGEM DE RESPOSTAS CERTAS E ERRADAS NA TEMÁTICA DE CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE DIABETES</b>	69
<b>GRÁFICO 25 – PERGUNTA N.º 9</b>	70
<b>GRÁFICO 26 – PERGUNTA N.º 11</b>	70
<b>GRÁFICO 27 – PERCENTAGEM DE RESPOSTAS CERTAS E ERRADAS NA TEMÁTICA ATIVIDADE FÍSICA</b>	71
<b>GRÁFICO 28 – PERGUNTA N.º 12 – ATIVIDADE FÍSICA</b>	71
<b>GRÁFICO 29 – PERGUNTA N.º 15 – ATIVIDADE FÍSICA</b>	71
<b>GRÁFICO 30 – PERGUNTA N.º 17 – ATIVIDADE FÍSICA</b>	72
<b>GRÁFICO 31 – PERCENTAGEM TOTAL DE RESPOSTAS CERTAS E ERRADAS NO QUESTIONÁRIO ANTES DO WORKSHOP</b>	72

## ÍNDICE DE MAPAS

<b>MAPA 1 – CONCELHO DE PALMELA</b>	XXXIX
<b>MAPA 2 – CONCELHO DE SESIMBRA</b>	XXXIX
<b>MAPA 3 – CONCELHO DE SETÚBAL</b>	XXXIX

## ÍNDICE TABELAS

<b>TABELA 1 – OBJETIVO GERAL E OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	LI
<b>TABELA 2 – INDICADORES DE RESULTADO E METAS</b>	LII
<b>TABELA 3 – INDICADORES DE ATIVIDADE</b>	LII
<b>TABELA 4 – PLANO DE ATIVIDADES</b>	LIV
<b>TABELA 5 – PREVISÃO DE RECURSOS POR CICLO FORMATIVO</b>	LV
<b>TABELA 6 – INDICADORES DE RESULTADO</b>	LXXI
<b>TABELA 7 – INDICADORES DE ATIVIDADE</b>	LXXII
<b>TABELA 8 – RESULTADOS QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO SESSÃO 1</b>	LXXIII
<b>TABELA 9 – RESULTADOS QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO SESSÃO 2</b>	LXXIV

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>ANEXO 1 – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ARSLVT</b>	<b>XCI</b>
<b>ANEXO 2 – PARECER DO GABINETE DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO CH</b>	<b>XCIII</b>
<b>ANEXO 3 – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO ACESA PARA RECOLHA DE DADOS</b>	<b>XCV</b>
<b>ANEXO 4 – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CH PARA RECOLHA DE DADOS</b>	<b>XCVII</b>

## ÍNDICE APÊNDICES

<b>APÊNDICE 1 – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA</b>	<b>C</b>
<b>APÊNDICE 2 - GRELHA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO</b>	<b>CV</b>
<b>APÊNDICE 3 – MÉTODO DE COMPARAÇÃO POR PARES</b>	<b>CX</b>
<b>APÊNDICE 4 – PLANO DE SESSÕES DO WORKSHOP</b>	<b>CXII</b>
<b>APÊNDICE 5 – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES</b>	<b>CXV</b>
<b>APÊNDICE 6 – MANUAL DE APOIO AO WORKSHOP</b>	<b>CXVII</b>
<b>APÊNDICE 7 – RESUMO DO ARTIGO SOBRE INFORMAÇÃO À PESSOA COM DIABETES TIPO 2</b>	<b>CLVI</b>
<b>APÊNDICE 8 – QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DE SESSÃO</b>	<b>CLVIII</b>
<b>APÊNDICE 9 – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS</b>	<b>CLX</b>
<b>APÊNDICE 10 – CONSENTIMENTO INFORMADO</b>	<b>CLXV</b>
<b>APÊNDICE 11 – PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA DA ARSLVT</b>	<b>CLXVII</b>
<b>APÊNDICE 12 – CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DO WORKSHOP</b>	<b>CLXXVII</b>



## SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

**ACES** – AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE

**ACESA** - AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DA ARRÁBIDA

**ADA** – AMERICAN DIABETES ASSOCIATION

**AML** – ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA

**APDP** – ASSOCIAÇÃO PROTETORA DOS DIABÉTICOS DE PORTUGAL

**ARS** – ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE

**ARSLVT** - ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO

**DGS** – DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE

**DM** – DIABETES *MELLITUS*

**DMT2** – DIABETES MELLITUS TIPO 2

**ICN** – *INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING*

**IDF** – *INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION*

**INE** – INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA

**OMS** – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

**PAI** – PROCESSO ASSISTENCIAL INTEGRADO

**PND** – PROGRAMA NACIONAL PARA A DIABETES

**SIARS** – SISTEMA INFORMAÇÃO ARS

**UCC** – UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

**UCSP** – UNIDADE DE CUIDADOS SAÚDE PERSONALIZADOS

**URAP** – UNIDADE DE RECURSOS ASSISTENCIAIS PARTILHADOS

**USF** – UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

**USP** – UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>XII</b>
<b>CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>XVI</b>
<b>1. DIABETES MELLITUS: UM DESAFIO PARA SAÚDE</b>	<b>XVI</b>
<b>2. ARTICULAÇÃO E CONTINUIDADE DE CUIDADOS NA CONSULTA DE DIABETES</b>	<b>XXIV</b>
2.1 A FORMAÇÃO CONTÍNUA E QUALIDADE DE CUIDADOS	<b>XXVIII</b>
<b>3. MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DE NOLA PENDER</b>	<b>XXX</b>
<b>CAPÍTULO II – METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE</b>	<b>XXXIII</b>
<b>1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO</b>	<b>XXXVII</b>
1.1 CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO	<b>XXXVIII</b>
1.2 A COMUNIDADE	<b>XXXIX</b>
1.3 INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO: ENTREVISTA	<b>XL</b>
1.4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS ENTREVISTAS REALIZADAS	<b>XLI</b>
1.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E DEONTOLÓGICAS	<b>XLVIII</b>
<b>2. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES</b>	<b>XLIX</b>
<b>3. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS</b>	<b>LI</b>
<b>4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS</b>	<b>LIII</b>
<b>5. PREPARAÇÃO OPERACIONAL E IMPLEMENTAÇÃO</b>	<b>LIV</b>
5.1 PREVISÃO DE RECURSOS	<b>LV</b>
5.2 AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS DOS ENFERMEIROS SOBRE DIABETES ANTES DO WORKSHOP	<b>LV</b>
5.3 WORKSHOP “FORMAR PARA EDUCAR EM DIABETES”	<b>LXI</b>
5.4 OUTRAS ATIVIDADES DO PROJETO	<b>LXII</b>
5.5 SEGUIMENTO “FOLLOW UP” DO PROJETO	<b>LXIII</b>
<b>6. AVALIAÇÃO</b>	<b>LXIV</b>
<b>CAPÍTULO III - REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS</b>	<b>LXXV</b>

<b>CONCLUSÃO</b>	<b>LXXXI</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>LXXXV</b>

## INTRODUÇÃO

A Diabetes afeta cerca de 400 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo exetável que a sua prevalência continue a aumentar. Constitui uma das principais causas de morte prematura, cegueira, insuficiência renal, Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), acidente vascular cerebral (AVC) e amputação de membros inferiores, tendo sido a sétima principal causa de morte em 2016 (World Health Organization, 2016).

Em Portugal, estima-se que cerca de 3,1 milhões de indivíduos, cerca de 40,7% da população, entre os 20 e os 79 anos, tenham DM ou hiperglicemia intermédia. É uma doença que tem um contributo significativo nas causas de morte em Portugal, sendo responsável por mais de 4% das mortes nas mulheres e mais de 3% de mortes nos homens, ou seja, atualmente, por ano, morrem cerca de 2 200 -2 500 mulheres e cerca de 1.600-1 900 homens, por diabetes (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016).

O presente relatório surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Este descreve todo o processo de elaboração do projeto de intervenção comunitária desenvolvido no decurso dos estágios realizados numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), do Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida (ACESA), entre os meses de maio de 2018 e janeiro de 2019.

Este relatório descreve e justifica o projeto desenvolvido nesta área, após a elaboração do diagnóstico de saúde da sua população, permitindo identificar quais as áreas que necessitam de intervenção prioritária, sendo que o seu objetivo geral é analisar e esclarecer as atividades desenvolvidas ao longo do estágio da especialidade de enfermagem comunitária e saúde publica, tendo em conta, as competências específicas desta especialidade.

A Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública desenvolve um trabalho centrado na comunidade, através de uma prática globalizante, onde o enfermeiro especialista na área se encontra capacitado para responder, de forma personalizada, às necessidades dos seus utentes, grupos e comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 2010). De forma a responder adequadamente às necessidades da comunidade, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública deverá recorrer à metodologia de planeamento em saúde, tal como preconizado nas competências específicas da sua área de especialização.



Nesse sentido, este projeto de intervenção foi elaborado com base na metodologia de planeamento em saúde, tendo sido enquadrado na teoria de enfermagem de Nola Pender: Modelo de Promoção da Saúde. A metodologia de planeamento em saúde constitui uma ferramenta que possibilita, pela análise de políticas e objetivos de saúde, implementar intervenções que levam à capacitação de uma comunidade (Imperatori & Geraldles, 1993).

O projeto de intervenção foi construído de acordo com o diagnóstico de situação elaborado, e após a sua realização, foi possível identificar a diabetes como área problemática, nomeadamente: a ausência de articulação interinstitucional entre os enfermeiros que realizam consulta de enfermagem de diabetes à pessoa adulta e insuficiência de formação em Diabetes comum aos enfermeiros dos contexto hospitalar e cuidados de saúde primários.

Justifica-se a pertinência da implementação deste projeto, tendo como suporte o Programa Nacional para a Diabetes (PND) e o Processo Assistencial Integrado na Diabetes Mellitus tipo 2 (PAI).

O PND (2017, p. 16) reforça a necessidade de Portugal ter “uma população mais saudável, com uma menor taxa de incidência da DM, menos mortes prematuras por diabetes e com mais anos de vida ativa saudável e sem complicações tardias da doença”. Nesse sentido, é fundamental “desenvolver e implementar programas de prevenção, de diagnóstico e tratamento precoce da DM em todo o território nacional, de forma a limitar o crescimento da doença e a proporcionar a todas as pessoas (...) o acesso aos melhores cuidados de saúde” (Programa Nacional para a Diabetes, 2017, p. 16)

O Processo Assistencial Integrado (PAI) na diabetes mellitus tipo 2, colocam a pessoa, com as suas necessidades e expetativas no centro do sistema. Para além disso, identificam a continuidade de cuidados e a coordenação entres os vários níveis de cuidados, como elementos essenciais para garantir os melhores cuidados de saúde às pessoas. Este documento foi “adaptado e atualizado em cooperação ativa com a direção do Programa Nacional para a Diabetes, tendo em conta a evidência científica publicada, os consensos da comunidade científica nacional e as orientações estratégicas do referido Programa” (Direção-Geral de Saúde, 2013, p. 9)



O projeto de intervenção comunitária, intitulado “Formar para Educar em Diabetes – Formação para Enfermeiros”, teve como objetivo geral: Melhorar o nível de conhecimento sobre diabetes dos enfermeiros que trabalham na consulta de enfermagem de diabetes até final de janeiro de 2019; e como objetivo específico: Aumentar o nível de conhecimento sobre diabetes em 15% nos enfermeiros que acompanham a pessoa com DM, em consulta de enfermagem, até janeiro de 2019.

A população-alvo deste projeto foram os enfermeiros que realizam consulta de enfermagem de diabetes numa unidade funcional do Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida (ACESA) e num hospital do distrito de Setúbal, tendo sido selecionada uma amostra intencional da população.

Este relatório final apresenta o trabalho desenvolvido ao longo do Estágio e evidencia a capacidade de reflexão e fundamentação das práticas, com base em evidência científica. Para além disso, permitiu demonstrar a capacidade de implementação de um projeto de intervenção comunitária, cumprindo as etapas do planeamento em saúde, com base numa análise crítica do processo de desenvolvimento de competências em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Relativamente à estrutura, este trabalho encontra-se dividido em três partes. Inicialmente é apresentado o enquadramento teórico, onde se apresenta a contextualização do tema, evidenciando a relevância e natureza do problema, de forma a reunir os conhecimentos necessários à escolha e planeamento das intervenções, cujo objetivo é melhorar a problemática em questão. Nele estão contemplados os temas: Diabetes Mellitus, Articulação e Continuidade de Cuidados, Formação Contínua e Qualidade de Cuidados e Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.

Na segunda parte está contemplada toda a parte do planeamento em saúde, desde o diagnóstico de saúde à avaliação. Neste capítulo, é apresentada a metodologia utilizada para a realização do projeto e efetuada a caracterização do local de estágio e sua comunidade. Para além disso, são apresentados os resultados da entrevista realizada aos profissionais. Realizámos uma reunião de peritos que nos ajudou a identificar a área da formação como prioritária, tendo sido eleitos os temas: Alimentação, Padrão de avaliação da glicémia capilar e Formas de atuação nas situações de híper e hipoglicémia, Insulina e antidiabéticos Orais, Saúde oral e Atividade física, como os mais pertinentes. Foram determinadas prioridades e estabelecida a hierarquização,

com recurso ao método de comparação por pares. Posteriormente, fixámos objetivos, selecionámos estratégias, apresentámos as atividades realizadas, assim como a análise e a discussão dos resultados obtidos, terminando com a avaliação do projeto. Neste capítulo, são também apresentadas outras atividades concretizadas ao longo do estágio.

No terceiro capítulo, encontra-se a reflexão acerca das competências mobilizadas e adquiridas ao longo de todo o processo, de acordo com as competências do grau de mestre, competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas referentes à área de especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Para terminar, temos a conclusão do relatório, onde efetuamos a análise global do desenvolvimento do projecto, identificação dos pontos fortes e constrangimentos ao longo de todo o processo.

O presente relatório cumpre as regras do Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e a Norma da *American Psychological Association* (APA) – 6ª edição.

## CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente capítulo tem a finalidade de fornecer a base teórica indispensável à compreensão e contextualização da problemática da diabetes mellitus tipo 2 em contexto de consulta de enfermagem, tal como fundamentar as intervenções selecionadas para a concretização do projeto de intervenção.

### 1. DIABETES MELLITUS: UM DESAFIO PARA SAÚDE

A constante modificação dos determinantes de saúde exige alterações no planeamento estratégico das diferentes organizações de saúde enquanto cuidadoras. Nesse sentido, as organizações de saúde prestam serviços e trabalham com pessoas, onde o utente e a família são o principal foco (Rosas, 2015)

De acordo com o mesmo autor, na saúde, tem-se verificado que os quadros de doença aguda têm dado lugar a quadros de doença crónica, sendo esta observada como um novo paradigma. Nesse sentido, os profissionais de saúde, para além das competências científicas, devem ter competências pedagógicas e relacionais, para que consigam gerir, em conjunto, a doença. Isto porque as epidemias deixaram de ter a sua origem em agentes patogénicos, tendo agora a sua génese a comportamentos pessoais, sociais e meio envolvente (Campos, 2008).

As doenças crónicas têm elevados custos do ponto de vista social, humano e económico, dificultando a gestão da doença às pessoas e comunidades, resultando na diminuição do número de anos de vida com qualidade. Os programas de gestão de doença são uma mais-valia na diminuição dos gastos de saúde e redução dos internamentos hospitalares, sendo necessário que se invista nesta área. Para tal, devem “identificar os doentes que necessitam de gestão da doença; encontrar os doentes para ajudar nas condições do diagnóstico e começar cedo a gestão; utilizar equipas de cuidados por forma a garantir coordenação; educar os doentes acerca do seu estado clínico e da forma como gerir os seus cuidados; avaliar regularmente os resultados e a gestão dos sintomas; relatar as rotinas, o *feedback* e a comunicação entre a equipa de cuidados e os doentes” (Rosas, 2015, p. 24).

De forma a dar resposta à estratégia nacional para a qualidade na saúde, a Direção Geral de Saúde (DGS), publicou, em 2013, os Processos Assistenciais Integrados, onde colocam a pessoa, com as suas necessidades e expectativas, no centro dos cuidados, através de um acompanhamento multidisciplinar (Direção-Geral de Saúde, 2013).

No processo de gestão da doença crónica, a participação da pessoa na decisão terapêutica é fundamental e constitui um direito de cidadania, cujo princípio assenta no conceito de *empowerment*, sendo o seu principal foco facilitar a adesão ao regime terapêutico. Isto porque, a não adesão, ocorre muitas vezes pelo fato de a pessoa não sentir as suas necessidades e expectativas refletidas nos objetivos clínicos, o que faz com que a pessoa não atinja os objetivos propostos e não tenha ganhos em saúde. Assim sendo, trabalhar na promoção da adesão terapêutica é o melhor investimento para fazer face a uma doença crónica, uma vez que uma baixa adesão se reflete na degradação da saúde das pessoas, aumentando consequentemente os custos no Sistema de Saúde (Rosas, 2015).

A adesão terapêutica é o sucesso da gestão de uma doença crónica. Nesse sentido, os profissionais de saúde têm o dever de se envolver nos desafios que vão surgindo, focando a sua intervenção numa abordagem multidisciplinar, fundamental na adesão ao regime terapêutico (Machado, 2009).

A evidência científica revela que a maioria dos doentes crónicos, nomeadamente as pessoas com diabetes, demonstra dificuldade em aderir ao regime terapêutico proposto (Campos, 2008). A adesão terapêutica diz respeito “ao envolvimento ativo, responsável, flexível e voluntário da pessoa com diabetes na gestão da sua doença, que se traduz na autonomia que tem no seu controlo, em colaboração com a equipa de saúde, com base num processo de negociação e responsabilidade partilhada, tendo em conta os interesses e as necessidades da pessoa” (Rosas, 2015, p. 25).

## **Diabetes Mellitus tipo 2**

A Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) caracteriza-se por ser uma doença crónica, com elevada prevalência, que carece de cuidados de saúde ao longo de todo o ciclo de vida da pessoa, através do uso dos recursos disponíveis, racionalização e coordenação entre os diferentes níveis de serviços de saúde, com o propósito de cuidar da pessoa de forma eficaz. Para tal, o acompanhamento da pessoa deve ser feito por equipa multidisciplinar, onde é impreterível que a intervenção dos vários profissionais seja coordenada e integrada, devendo cada 5tuma saber qual o seu papel e a importância (Direção-Geral de Saúde, 2013).



O último relatório da International Diabetes Federation (IDF), publicado em 2017, revela que a Diabetes Mellitus, é uma condição crónica que ocorre quando existem níveis elevados de açúcar no sangue, uma vez que o organismo não consegue produzir nenhuma ou suficiente insulina, ou utilizá-la de forma eficaz. A insulina é uma hormona essencial, produzida no pâncreas, que transporta a glicose da corrente sanguínea para as células do organismo, onde a glicose é por sua vez convertida em energia. A falta de insulina ou a incapacidade celular de resposta à insulina, origina deste modo a hiperglicemia que é a característica principal da diabetes. A hiperglicemia a longo prazo pode levar a lesões em vários órgãos alvo, levando ao desenvolvimento de complicações, tais como a doença cardiovascular, neuropatia, nefropatia e retinopatia. Por outro lado, se existir uma gestão correta da diabetes, estas sérias complicações podem ser prevenidas ou atrasadas (International Diabetes Federation, 2017).

De acordo com a OMS (2017), a sua prevalência tem vindo a aumentar, sendo atualmente reconhecida como uma pandemia do século XXI. Estima-se que, nos próximos 20 anos, atinja mais de 20% da população mundial, uma vez que a prevalência mundial da DM quase duplicou desde 1980 aumentando de 4,7% para 8,5% nos adultos (Programa Nacional para a Diabetes, 2017)

Este aumento acentuado da prevalência da diabetes é atribuído às mudanças de estilos de vida (obesidade e sedentarismo) que ocorreram nas últimas décadas, em consequência da industrialização acentuada, utilização preferencial de alimentos processados e da urbanização das populações (Nunes, 2015). O aumento acentuado do número de pessoas idosas em conjunto com o aumento de esperança de vida e com o aumento da sobrevivência das pessoas com diabetes, contribuem igualmente para este aumento da prevalência (Programa Nacional para a Diabetes, 2017).

Em Portugal, estima-se que cerca de 3,1 milhões de indivíduos, cerca de 40,7% da população, entre os 20 e os 79 anos, tenham DM ou hiperglicemia intermédia. É uma doença que tem um contributo significativo nas causas de morte em Portugal, sendo responsável por mais de 4% das mortes nas mulheres e mais de 3% de mortes nos homens, ou seja, atualmente, por ano, morrem cerca de 2 200 -2 500 mulheres e cerca de 1.600-1 900 homens, por diabetes (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)



Para fazer face a esta doença, o primeiro passo a dar é a adoção de um estilo de vida saudável, isto é, mudar hábitos alimentares e incorporar um plano de atividade física na sua vida (Rosas, 2015). Por vezes, este primeiro passo resulta numa perda de peso, que se revela ser suficiente para manter a DMT2 controlada. No entanto, quando estas mudanças de hábitos não são suficientes para controlar a doença, é necessário dar início ao tratamento farmacológico, nomeadamente com antidiabéticos orais e/ou insulina (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016).

A gestão eficaz da DM, pode melhorar a qualidade de vida das pessoas, adiar possíveis complicações e reduzir os custos, uma vez que se os cuidados forem prestados em tempo útil, as pessoas com diabetes podem fazer a sua vida sem alterar as rotinas diárias. Contudo, caso a doença não esteja a ser bem gerida, a pessoa terá maior probabilidade de ter picos nos níveis de glicémia que resultam em idas frequentes aos serviços de urgência e, muito frequentemente em internamentos. Para além disso, uma má gestão terapêutica, pode resultar no aparecimento de “complicações macrovasculares como o Acidente Vascular Cerebral (AVC), o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e a Doença Vascular Periférica (DVP), microvasculares como a retinopatia, a nefropatia, neuropatia, pé diabético, e até a morte” (Rosas, 2015, p.25).

De acordo com o mesmo autor, uma gestão terapêutica eficaz reflete-se numa significativa melhoria dos resultados de saúde das pessoas e famílias, melhorando a sua qualidade de vida e consequentemente diminuindo as despesas de saúde e a procura por serviços de saúde.

Os estudos efetuados demonstram que a pessoa com DMT2 deve ser acompanhada por uma equipa multidisciplinar no tratamento da diabetes, que exige a integração de enfermeiros com formação específica em diabetes e competências pedagógicas na educação da pessoa (International Diabetes Federation, 2017).

### **Consulta autónoma de diabetes**

De forma a melhorar o acompanhamento da pessoa com DMT2, a DGS publicou, em 2013, o Processo Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus tipo 2 (PAI DMT2). O documento tem como foco central o percurso que as pessoas com diagnóstico de diabetes devem seguir, com o intuito de prestar cuidados com a mais elevada qualidade. O PAI chama a atenção para a necessidade de reorganização dos cuidados prestados, direcionando a prática clínica para os resultados e

para a qualidade, tendo como objetivo a rentabilização efetiva dos recursos. Por forma a cumprir esta estratégia, surgiu o Despacho nº 3052/2013 de 26 de fevereiro que formalizou a criação da Unidades Coordenadoras Funcionais da Diabetes (UCFD), a criação de consultas autónomas de diabetes nos ACES e a criação das Unidades Integradas de Diabetes (UID) nos hospitais. Alicerçado num modelo organizacional de prestação de cuidados especializados, esta iniciativa equaciona melhorar as intervenções no âmbito da “prevenção e controlo da diabetes, através da promoção da articulação entre os diversos níveis de cuidados, da promoção da multidisciplinaridade e da participação de todas as instituições envolvidas, dando particular destaque para as organizações da sociedade civil e local” (Rosas, 2015, p. 27).

De acordo com o Despacho supracitado, as consultas autónomas de diabetes nos ACES são destinadas ao acompanhamento das pessoas com diabetes aí inscritas, e devem: “ter tempos, equipamentos, processos e procedimentos definidos por cada ACES para uma gestão e acompanhamento mais eficiente das pessoas com diabetes, através da coordenação dos elementos da equipa multidisciplinar, tornando mais eficaz a autogestão da doença por parte dos utentes; “estar organizadas segundo uma lógica que incorpore o estabelecimento da estrutura organizativa da consulta, a recolha e registo de história e dados clínicos para monitorização e acompanhamento, a educação e a proposta de estratégia terapêutica”; “ser composta por uma equipa multidisciplinar, incluindo, médico e enfermeiro, como estrutura básica, e sempre que possível nutricionista/dietista, promotor de atividade física, podologista, assistente social e psicólogo, como estrutura associada”; e “ter uma periodicidade determinada pela equipa multidisciplinar, consoante o quadro clínico individual, mas nunca inferior a semestral” (Despacho nº 3052/2013, 2013, p. 7528).

A consulta define-se como uma “atividade de um profissional de saúde relacionada com uma pessoa, de onde resulta um diagnóstico e um plano” (Rosas, 2015, p. 20), sendo que a consulta de enfermagem à pessoa com diabetes acarreta uma interação profissional entre esta e o enfermeiro, onde o seu principal foco é capacitá-la de forma a que adquira competências para autogestão da sua doença. Desta forma, a relação terapêutica, potenciada pelo enfermeiro, formaliza uma parceria de cuidados com a pessoa, tendo sempre em consideração as suas capacidades (Nunes, 2015).

Os enfermeiros devem estabelecer uma relação com a pessoa que facilite o processo de aceitação da doença e fornecer os conhecimentos necessários à sua compreensão de forma autónoma e participada, nunca descuidando a colaboração com a restante equipa (Rosas, 2015).

Para além disso, os enfermeiros têm um papel fundamental na implementação de um modelo de prestação de cuidados na doença crónica. Isto porque, através da recolha e análise da informação que as pessoas lhes transmitem, os enfermeiros formulam diagnósticos de enfermagem e elaboram planos de prestação de cuidados (Rosas, 2015). O enfermeiro recorre frequentemente à metodologia de resolução de problemas, intrínseca ao processo de enfermagem, da qual fazem parte a colheita de dados, o planeamento, a implementação e a avaliação dos resultados. Das intervenções de enfermagem fazem parte a orientação, supervisão e transmissão de informação à pessoa objetivando a mudança de comportamentos, de forma a que se adquiram estilos de vida mais saudáveis. De todos os profissionais de saúde “os enfermeiros encontram-se numa posição única para avaliar, diagnosticar, intervir e avaliar resultados nas questões relacionadas com a adesão. O cuidar holístico em enfermagem engloba: a avaliação do risco da não adesão à terapêutica, a identificação dos diagnósticos e/ou motivos que levam a que a pessoa não adira, a formulação de intervenções adaptadas à pessoa e a avaliação da adesão ao plano terapêutico” (International Council of nurses, 2009, p. 10).

A gestão da diabetes exige um acompanhamento regular da pessoa por parte da equipa multidisciplinar, de forma a adequar o plano terapêutico às necessidades de cada um e garantir a sua qualidade de vida. O enfermeiro é o profissional que tem a relação mais privilegiada com a pessoa com diabetes, tendo o dever de desenvolver um conjunto de competências de forma a articular a dimensão técnica, científica, relacional e ética (Rosas, 2015).

Na consulta autónoma de diabetes nos ACES, é dever da equipa multidisciplinar reforçar ensinamentos de educação para a saúde necessários ao autocontrolo e autogestão da doença, sobre alimentação, atividade física, objetivos glicémicos e registo de parâmetros de controlo da diabetes. No registo dos parâmetros devem constar o valor da hemoglobina glicada, informação sobre a avaliação do risco do pé, dados da vigilância oftalmológica, valores de tensão arterial e dos lípidos, assim como o esquema terapêutico da pessoa. É responsabilidade da equipa multidisciplinar definir um plano de tratamento para cada pessoa, onde sejam contempladas as metas e objetivos a atingir assim como a terapêutica a cumprir (Rosas, 2015).

A educação para a saúde e para a autogestão da doença, garantida por uma equipa multidisciplinar, devidamente formada, possibilita a elevação dos padrões de qualidade dos cuidados, a melhoria dos indicadores clínicos, a redução da letalidade e da morbilidade atribuível, resultando num maior ganho em saúde para a pessoa (Direção-Geral de Saúde, 2013).

Por norma, são os enfermeiros que desenvolvem com as pessoas, planos de gestão do regime terapêutico que, frequentemente, reúnem orientações de diferentes profissionais, terapêutica medicamentosa e modificações no estilo de vida. E, de acordo com os diagnósticos de enfermagem que vão sendo identificados, cabe ao enfermeiro elaborar, em parceria com a pessoa e sua família, um plano para melhorar a adesão ao regime terapêutico (International Council of nurses, 2009).

### **O Enfermeiro Especialista na Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes**

Os enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública têm um papel fundamental na área da diabetes. Tendo em consideração as competências específicas definidas esta especialidade, o enfermeiro que desempenha tarefas nesta área, deve integrar na sua prática a aplicação da metodologia do planeamento em saúde, de forma a avaliar o estado de saúde da sua comunidade; capacitar os indivíduos, grupos e comunidade para um correto conhecimento da doença, realizar ensinamentos adaptados às necessidades e motivações das pessoas que acompanha, promovendo o envolvimento da pessoa no seu plano terapêutico, com vista a uma eficaz autogestão da doença e consequente ganhos em saúde. Deverá desenvolver a sua intervenção com base no Programa Nacional para a Diabetes, respeitando as competências por si previstas, que assentam em:

- “Promover o desenvolvimento de Programas de intervenção comunitária, destinados à população em geral, visando a prevenção primária da diabetes, programas de identificação dos grupos de risco de desenvolvimento da doença, programas de promoção e avaliação de rastreio, acompanhamento, diagnóstico precoce das complicações e de reabilitação de acordo com as melhores práticas e evidência científica”;
- “Desenvolver uma estratégia de divulgação e de comunicação das atividades e orientações do Programa junto do Sistema de Saúde, dos seus profissionais e da população em geral, procurando garantir a acessibilidade às melhores práticas na prevenção, tratamento e reabilitação das pessoas em risco ou com Diabetes”;



- “Promover a organização de um sistema integrado dos diferentes níveis de prestação de cuidados (Cuidados de Saúde Primários, Hospitalares e Continuados Integrados), de acompanhamento às pessoas em risco ou com Diabetes, com responsáveis a cada um desses níveis, em colaboração estreita com os Conselhos Diretivos das Administrações Regionais de Saúde, Direções Clínicas dos Hospitais e Unidades Locais de Saúde e Conselhos Clínicos dos Agrupamentos de Centros de Saúde”;
- “Promover e dinamizar o conhecimento sobre a doença em Portugal, nomeadamente através da colaboração com o Observatório Nacional de Diabetes, da Sociedade Portuguesa de Diabetologia”;
- “Promover a formação dirigida aos profissionais de saúde e às pessoas com Diabetes”;
- “Dinamizar a participação ativa das pessoas com Diabetes nas estratégias de prevenção, autocontrolo e educação terapêutica”;
- “Definir estratégias transversais de prevenção e controlo das Doenças Crónicas, na perspetiva desenvolvida pela Assembleia Geral das Nações Unidas e pela Organização Mundial da Saúde” (Direção-Geral de Saúde, 2018).

Não menos importante é o seu papel na realização e cooperação na vigilância epidemiológica, de âmbito geodemográfico, com o intuito de identificar as necessidades de intervenção, por forma a intervir de acordo com as necessidades da população identificadas.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública é o profissional mais qualificado para liderar, integrar e avaliar processos comunitários, por via da implementação de programas de intervenção, em que o foco é a capacitação de grupos e comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 2015), sendo uma mais-valia para o PND.

De acordo com regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, o enfermeiro deve ajudar os grupos/comunidades na obtenção do seu potencial máximo de saúde, identificando a situação de saúde da população e os recursos do grupo e comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Os enfermeiros possuem, de facto, um papel de educadores na consulta de enfermagem de diabetes, tendo a função de promover a saúde, através da sua intervenção direcionada à transmissão de informação que leva à aprendizagem cognitiva e de novas capacidades, gerando mudanças de comportamentos e hábitos que se refletem em ganhos para a saúde.



## **2. ARTICULAÇÃO E CONTINUIDADE DE CUIDADOS NA CONSULTA DE DIABETES**

A continuidade de cuidados pretende alcançar a melhoria dos cuidados de saúde prestados à população e aumentar a satisfação destes com os cuidados recebidos (Dias & Queirós, 2010).

De acordo com os mesmos autores, o acesso em tempo útil à informação da pessoa com diabetes pode contribuir para melhorar as decisões de saúde, assim como para gerir mais eficazmente o encaminhamento das pessoas, quando assim se justificar. A partilha de informação clínica pode ser um importante meio de suporte à prestação de cuidados, pela possibilidade de troca de informação entre profissionais de diferentes níveis de prestação de cuidados, nomeadamente dos cuidados de saúde primários e hospitalares.

Dias e Queirós (2010), afirmam que quando a pessoa é seguida por vários profissionais de saúde, não havendo um plano de cuidados único, o risco de fragmentação de erros acontecerem na prestação de cuidados é enorme. A fragmentação de cuidados pode dar origem a tratamentos pouco claros para a pessoa, havendo uma forte probabilidade de erros e duplicações, num acompanhamento desadequado da pessoa.

A continuidade de cuidados é um direito dos cidadãos que assume ainda maior importância quando estes necessitam de cuidados multiprofissionais dirigidos às suas doenças crónicas. Existe continuidade de cuidados quando estes são prestados de forma complementar e em tempo útil. Entenda-se a continuidade como a implementação de cuidados por diferentes profissionais de saúde, de uma forma coerente, lógica e oportuna. Isto porque “A complexidade dos atuais problemas de saúde e a rentabilização dos recursos requerem uma abordagem multidisciplinar e interinstitucional, pelo que, a articulação entre os cuidados de saúde hospitalares e os CSP é determinante, permitindo desta forma uma intervenção global aos três níveis de prevenção. Para existir articulação entre os diferentes níveis de cuidados é indispensável uma comunicação adequada entre os profissionais” (Mendes, Serra, Casa-Novas, Caldeira, & Gemito, 2016, p. 843).

A implementação de parceria requer uma ação conjunta em que cada interveniente mobiliza os recursos de que dispõe para atingir um objetivo comum, que no âmbito da consulta de enfermagem de diabetes passa por garantir a continuidade de cuidados. Para a efetivação de uma parceria é necessária a cooperação interinstitucional (Bilro, 2004).

A articulação de cuidados define-se como um “sistema que admite na sua estrutura diversas instituições formais e informais, públicas e privadas, as quais se devidamente articuladas entre si concorrem cada uma com a sua especificidade, para a prestação adequada de cuidados aos utentes dos serviços de saúde” (Tavares, 2008, p. 66).

De acordo com o mesmo autor, o fato de haver dois subsistemas como o Hospital e o Centro de saúde, dentro do mesmo Sistema Nacional de Saúde, com culturas organizacionais distintas originou interesses diferentes. Por um lado, temos o Hospital, com a sua vertente curativa de cuidados, por outro o Centro de Saúde com a sua abordagem preventiva e de reabilitação. De forma a combater estas diferenças, a OMS e os governos dos diversos países produziram alguns documentos político-legais, que promovem a articulação entre os cuidados de saúde primários e os diferenciados, como é exemplo a Declaração de Alma-Ata em 1978, o Decreto-Lei 10/93 de 15 de janeiro, Documento “Saúde em Portugal – Estratégia para o virar do Século, em 1996, e mais recentemente a Lei de Bases da Saúde de 24 de agosto de 2002.

Tavares (2008), afirma ainda que a cooperação entre os Cuidados de Saúde Primários e Diferenciados está a transformar-se, visto que a evolução da sociedade e a forma como vemos o Homem, levou a que houvesse uma integração destes dois níveis de prestação de cuidados. Para além disso, de forma a unir estes dois grupos, foram criadas unidades de saúde no quadro de estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Decreto-Lei 11/93 de 15 de janeiro), com o propósito de atuar como sistemas locais, articulados com uma rede de referência hospitalar. E apesar de todos os esforços que têm sido efetuados, a articulação entre estes serviços está longe ser perfeita. O não reconhecimento da diabetes como uma doença grave, que necessita de ser corretamente acompanhada de forma a reduzir complicações, as dificuldades de comunicação e a falta de responsabilização dos cidadãos pelo seu estado de saúde constituem barreiras ao estabelecimento destas parcerias.

O mesmo autor defende ainda que para fazer face a estas dificuldades, é crucial definir objetivos e estratégias comuns e consciencializar os profissionais de que o que desempenham é um fator fundamental para a implementação de uma rede de suporte de saúde.

A articulação caracteriza-se pelo processo através do qual se coloca no mesmo patamar dois elementos, com características e potencialidades própria, de forma a que cada um dele e em

conjunto, consigam rentabilizar as suas potencialidades, com o intuito de atingir objetivos que isoladamente não alcançariam (Tavares H. , 2008).

De acordo com Bilro (2004), cabe ao Centro de Saúde, pela sua proximidade estratégica com a população, promover, avaliar, gerir e coordenar o sistema de rede de articulação dos cuidados. No caso de haver uma gestão ineficaz contínua ou uma alteração metabólica, cabe aos cuidados de saúde diferenciados intervir e, ao elaborar ou reestruturar um plano terapêutico, deve ser tida em conta o projeto de vida da pessoa, o seu passado, os objetivos e a sua situação de saúde, para que os cuidados sejam centrados nele. Após isso, inicia-se uma prestação em parceria de cuidados, visto que a pessoa continua a ser acompanhada no seu centro de saúde, que deve ter acesso de todo o processo de cuidados implementado no hospital, reassumindo o seu papel na intervenção direta e mobilizando os recursos da comunidade.

Silva, Ferreira e Formigo (2002), divulgaram sua experiência de articulação bem-sucedida, no âmbito da parceria entre Centro de Saúde e Hospital de Santarém, que em muito tem facilitado o circuito de referenciação e encaminhamento dos clientes, seguindo a máxima de que é a informação que deve circular e não a pessoa. Esta parceria foi responsável pela aquisição de formas de comunicação que aproximam os profissionais e promovem a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Assim sendo, pode afirmar-se que a parceria de cuidados deve ser alicerçada numa comunicação aberta e eficaz para que seja possível a recolha e o registo de toda a informação sobre a pessoa de quem estão a cuidar. Por outro lado, a necessidade de articular os dois níveis de prestação de cuidados de saúde exige a existência de um documento escrito que permita a partilha de informação (Tavares H. , 2008).

Por exemplo, quando a pessoa sai de um internamento com o diagnóstico de DM, tendo-lhe sido realizados ensinamentos, existem aspetos que devem ser registados para que essa informação não se perca, mas também para que seja dada uma continuidade ao processo já construído, aquando da alta hospitalar ou no âmbito da consulta de enfermagem de diabetes hospitalar. Isto para que, os enfermeiros dos cuidados de saúde primários tenham acesso às informações relevantes sobre aquela pessoa, com vista a direcionar os cuidados a ter com aquela pessoa.

Para o estabelecimento de um trabalho de parceria é fulcral haver partilha de poder entre os intervenientes, visto que todos devem ter igual poder e responsabilidade. Nesse aspeto, o cliente tem o dever de participar na proteção e defesa da sua saúde. A sua individualidade

confere-lhe uma das características mais determinante dos princípios éticos: a autonomia. O reconhecimento deste princípio, reconhece o valor da liberdade humana, que trás consigo um conjunto de direitos e deveres que lhe permitem tomar decisões, sendo dever dos profissionais respeitar as escolhas das pessoas (Tavares H. , 2008).

Infelizmente está longe de ser aceite que as competências dos profissionais se desenvolvam em concomitância com o cidadão comum que necessita dos cuidados. Contudo, verifica-se que cada vez mais são as pessoas que colocam estes assuntos em discussão e desejem ser o centro do seu plano de cuidados. A pessoa deve ser integrada na gestão da sua doença enquanto um membro da equipa multidisciplinar que interage com o profissional de saúde, trabalhando em conjunto com vista a promover a sua continuidade de cuidados nas transições entre hospital e centro de saúde. Todavia este não é um trabalho fácil, a parceria implica uma mudança de atitude por parte das instituições, profissionais e sociedade em geral, uma vez que é indispensável “a responsabilização de cada um dos intervenientes pela sua qualidade de vida e a responsabilização de todos pela qualidade de vida de cada um” (Araújo & Pontes, 2002, p. 317).

Quando falamos de cuidados à pessoa com DM falamos de interdisciplinaridade, insto porque um acompanhamento adequado exige uma abordagem global de cuidados, sendo fundamental a intervenção de várias disciplinas do conhecimento. Para que haja um processo de continuidade é necessário que a equipa multidisciplinar esteja envolvida, fornecendo cada um os seus contributos, para que sejam atingidos os objetivos (Tavares H. , 2008).

O mesmo autor afirma que, de acordo com o contexto a que é aplicado, o conceito de Continuidade de Cuidados adquire conotações diferentes. É habitualmente utilizado para descrever uma infindável panóplia de relações entre as pessoas e os serviços de saúde, tais como: a partilha de informação clínica entre profissionais, o acompanhamento em consulta de enfermagem e o grau de acessibilidade aos serviços de saúde.

Por outro lado, de acordo com Cabete (1999 cit. por Tavares, 2008) a continuidade de cuidados consiste no “conjunto de ações que visam garantir uma transição adequada de cuidados quando há mudança, de prestadores”, através do envolvimento das pessoas, profissionais e instituições de forma a garantir que não há interregno nos cuidados prestados, aquando da mudança dos cuidadores.



Tavares (2008), defende que enfermeiros desde sempre que se preocuparam em prestar cuidados humanizados, no âmbito do seu exercício profissional, uma vez que são os profissionais que mais tempo partilham com a pessoa, estabelecendo, regra geral, uma relação mais próxima. Para além disso, a continuidade de cuidados é um dos focos da profissão, estando descrito no artigo 83º do seu Código Deontológico, que o enfermeiro deve respeitar o direito ao cuidado assegurando a continuidade de cuidados.

Os enfermeiros buscam constantemente a excelência dos seus cuidados, através do respeito pelas capacidades, valores e desejos das pessoas de quem cuida; estabelecimento de parcerias com os seus utentes; envolvimento da família no processo de cuidados; promoção do potencial de saúde da pessoa; implementação e avaliação das intervenções que contribuem para o bem-estar da pessoa; referenciação de situações problemáticas para outros profissionais; plano de alta das pessoas que estão internadas, respeitando as suas necessidades e recursos existentes na comunidade, de forma a promover a continuidade de cuidados (Tavares H. , 2008).

De acordo com o mesmo autor, o processo de continuidade de cuidados é da responsabilidade de toda a equipa multidisciplinar, todavia o enfermeiro tem uma responsabilidade acrescida por ter um contato mais próximo à pessoa, em comparação com os outros profissionais de saúde. A especificidade do cuidar em enfermagem é fundamental no processo de transição da pessoa entre as consultas de enfermagem de diabetes no hospital e centro de saúde. Nesse sentido, parece ser fulcral o estabelecimento da articulação entre os enfermeiros envolvidos nestas consultas, visto que isso possibilitará a continuidade de cuidados.

### **2.1 A Formação Contínua e Qualidade De Cuidados**

O conhecimento em enfermagem, à semelhança de outras áreas, está em constante renovação. E, os enfermeiros vivem, atualmente, uma fase deliberativa no âmbito da revalorização socioprofissional. Nesse sentido, a educação e a formação são dois ponto-chave que têm a capacidade de, através de um processo dinâmico, catapultar a enfermagem para a obtenção de uma maior valorização e reconhecimento social. É fundamental contruir uma identidade alicerçada numa maior autonomia profissional e numa constante aquisição de novos conhecimentos, que resultam das mudanças ocorridas ao nível da prestação de cuidados de saúde, juntando a isto o desejo de desenvolver conteúdo de investigação científica (Correia, Espincho, Moreira, & Pacheco, 2012).

O código de valores da sociedade e a realidade social encontram-se em constante mutação, constituindo-se como desafios para a prática do enfermeiro, sendo impreterível acompanhar a evolução da informação científica e técnica, para que haja uma constante adaptação da sua intervenção. Nos últimos vinte anos, quer a profissão de Enfermagem quer a formação específica nesta área do saber, têm sido alvo de grandes mudanças que resultam na necessidade constante de reestruturação dos atuais planos de formação (Correia, Espincho, Moreira, & Pacheco, 2012).

Atualmente, a formação contínua é vista como “toda a aprendizagem que é desenvolvida após a formação inicial básica no sentido de um desenvolvimento de novas capacidades e de uma melhor adaptação ao meio profissional” (Veiga, Duarte, & Gândara, 1995, p. 36).

A constante atualização de conhecimentos, constitui um fator importante no desenvolvimento pessoal e profissional do sujeito, tal como das empresas, tornando-os mais eficazes na adaptação às inovações, com as quais se vão deparando, na busca permanente por cuidados de mais qualidade. Um dos fatores importantes, para que se consiga alcançar a melhoria da qualidade dos cuidados é o adequado e atualizado grau de formação dos profissionais (Sousa, 2003, p. 28).

Uma vez que a Formação Profissional é uma condição indispensável para garantir o desenvolvimento das competências individuais, esta deve basear-se num sólido Projeto Profissional. Nesse sentido, a formação em Serviço deve realizar-se no local de trabalho, com carácter formal ou informal, articulando-se com a prática, facilitando o desenvolvimento integrado de competências dos Enfermeiros nos serviços, e consequentemente à inovação e melhoria dos cuidados de enfermagem (Sousa, 2003).

### 3. MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DE NOLA PENDER

De acordo com a Carta de Ottawa (1986), a Promoção da Saúde consiste no processo de capacitação de pessoas e comunidades, com vista a melhorar a sua qualidade de vida e obter ganhos em saúde.

A promoção da saúde apresenta como finalidade a obtenção do bem-estar físico, mental e social, recorrendo a medidas que enfatizem a alteração dos estilos de vida, quer do indivíduo, como da comunidade (Stanhope & Lancaster, 2011).

No processo de promoção da saúde é necessário que haja uma intervenção efetiva na comunidade. O desenvolvimento pessoal, social e das comunidades, só existe quando as pessoas têm acesso contínuo à informação, oportunidades de aprendizagens, educação para a saúde e espaço para o reforço das competências. Se assim for, as populações encontram-se mais bem preparadas, obtendo ganhos em saúde e um meio ambiente envolvente mais saudável, para uma tomada de decisão consciente (Ottawa, 1986).

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender defende que a saúde é um estado dinâmico e não apenas um estado de ausência de doença (Smith & Parker, 2016). Este modelo “fornece uma estrutura simples e clara, em que o enfermeiro pode realizar um cuidado de forma individual, ou reunindo as pessoas em grupo” (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005, p. 236).

Os mesmos autores defendem que este facilita a concretização do planeamento, intervenção e avaliação das ações, tendo sido utilizado por vários investigadores, com vista ao estudo dos comportamentos que levam à promoção da saúde.

O modelo de Nola Pender integra os conceitos de saúde, ambiente, pessoa e enfermagem. Relativamente ao conceito de saúde, este está intimamente ligado aos aspetos individuais, familiares e comunitários, com vista à melhoria do bem-estar e desenvolvimento de competências. O conceito de ambiente diz respeito a tudo o que faculta um ambiente saudável, no âmbito das relações entre a pessoa e o acesso que tem aos recursos de saúde, sociais e económicos. Nola Pender define pessoa como o ser “capaz de tomar decisões, resolver problemas”, tendo em si “potencial de mudar comportamentos de saúde” (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005, p. 236). Já enfermagem encontra-se relacionada com as intervenções e

estratégias implementadas pelos enfermeiros, com o intuito de aprimorar o comportamento de promoção da saúde, promovem o autocuidado (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005).

Este modelo é constituído por três abrangentes componentes: as características e experiências do indivíduo (o seu comportamento habitual que é alvo de intervenção, como os fatores biológicos, psicológicos e socioculturais); os sentimentos e conhecimentos acerca do comportamento que se deseja atingir, que engloba os prós e os contras para a ação, a autoeficácia da pessoa e os sentimentos associados ao comportamento e as influências do meio externo); e, por último, o resultado do comportamento, ou seja, que se reflete na capacidade de compromisso com o plano traçado de forma a permanecer no comportamento de promoção da saúde esperado. Para além disto, o resultado do comportamento está também dependente das exigências imediatas e preferências uma vez que, quando o assunto diz respeito a comportamentos que ambicionam mudanças imediatas, as pessoas demonstram ter pouco controlo sobre si e as suas preferências, o que interfere com as ações de mudança. Este modelo defende que as características e experiências de cada um influenciam o seu comportamento (Smith & Parker, 2016).

De acordo com Pender, Murdaugh, & Parsons (2011), seguindo este modelo, ao trabalharem em conjunto com a pessoa, os enfermeiros têm instrumentos para capacitá-la na mudança de comportamentos ajudando-a na obtenção de um estilo de vida saudável.

Assim sendo, a capacitação das pessoas é o fator-chave para que estas tenham ferramentas para lidarem com as dificuldades e mudanças que ocorrem ao longo da sua vida, nomeadamente, doenças crónicas e as suas incapacidades (Ottawa, 1986).

Os enfermeiros especialistas em saúde comunitária e saúde pública, acumulam “competências em planeamento em saúde com ações que visam essencialmente a proteção e promoção da saúde”, que facilitam a elaboração de soluções “perante a problemática das doenças crónicas, constituindo uma mais-valia para fazer a diferença real no quotidiano dos doentes, das famílias e das comunidades” (Gaudência, Melo, Veríssimo, & Silva, p. 20).

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (2010, p. 1), as “atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados



prestados”, concretizadas pelos enfermeiros, têm como principal responsabilidade a identificação das necessidades de uma comunidade, com vista a dar continuidade aos cuidados, “estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político”.

A educação para a saúde, encontra-se diretamente ligada à falta de motivação das pessoas para as mudanças de comportamentos. Nesse sentido, é dever do enfermeiro é educar, respeitando as necessidades e motivações das pessoas (Stanhope & Lancaster, 2011).

De acordo com os mesmos autores, a motivação é influenciada por três fatores: a componente valorativa, ou seja, o motivo pela qual a pessoa está a aprender isto; a componente da expectativa, em que a pessoa poderá se irá conseguir alcançar os objetivos; e a parte afetiva, ou seja, a forma como a pessoa se sente em relação a toda a situação. Face a isto, o enfermeiro faculta estratégias para promover a motivação, através da enfatização da importância dos temas em foco, estabelecimento de uma relação de confiança, possibilitando que as pessoas rentabilizem as suas capacidades e dando-lhes reforço positivo

Relativamente à área sobre a qual incide este projeto, estando a promoção da saúde diretamente relacionada com a educação efetuada no âmbito da consulta de enfermagem de diabetes, visto que esta emerge do trabalho desenvolvido entre o profissional de saúde e a pessoa com diabetes. É fundamental que a pessoa tenha acesso à educação desde o primeiro dia que descobre a doença, para que tenha conhecimento da mesma, assim como dos fatores que a influenciam e quais as estratégias que tem em seu poder para a controlar.

## **CAPÍTULO II – METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE**

A construção deste projeto de intervenção comunitária, segue a metodologia de Planeamento em Saúde, tendo como referência os autores Imperatori e Giraldes (1993) e Tavares (1990).

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993), o Planeamento em Saúde é de extrema importância pela escassez de recursos que vive, pela necessidade de intervenção nos focos dos problemas, por possibilitar a definição de prioridades, pela sua intervenção integrada e pela sua capacidade de permitir a rentabilização dos recursos existentes. Desta forma, permite o alcance dos objetivos definidos, com vista a resolver os problemas prioritários, exigindo uma abordagem integrada, com base numa análise global da comunidade, que deve também estar envolvida e cooperar no processo.

De acordo com os mesmos autores, para que os projetos de intervenção sejam executados de forma eficaz, quem os mobiliza deve ser conhecedor das várias etapas do Planeamento em Saúde. Para além disso, este deve ser sempre encarado como uma obra em constante construção, visto que é um processo contínuo e dinâmico, uma vez que nenhuma “etapa está inteiramente concluída porque na fase seguinte será sempre possível voltar atrás e recolher mais informações que levem a refazê-la” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 28)

O Diagnóstico de Saúde é definido como a primeira fase do planeamento em saúde, pelo que após o seu término deverá ser possível definir-se as principais necessidades em saúde da comunidade abordada. Para que os dados obtidos sejam o reflexo da realidade, o diagnóstico de saúde deve ser suficientemente alargado, aprofundado, sucinto, rápido e claro (Tavares A. , 1990).

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993) as etapas do planeamento em saúde são: diagnóstico de situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional e avaliação (Tavares, 1990). As mesmas serão explicitadas de seguida.

O diagnóstico de situação define-se como a primeira fase do planeamento em saúde, tem como ponto-chave dar resposta às necessidades de uma população, devendo haver consonância

entre o diagnóstico elaborado e as necessidades apuradas. Para concretizar o diagnóstico da situação tem de se conhecer o problema de saúde e as necessidades da população em estudo, para que seja clara a diferença entre o estado atual e aquele que se ambiciona atingir, com vista a resolver ou melhorar o problema conhecido. Para que isso aconteça, no diagnóstico da situação, existem dois passos fundamentais: identificar os problemas e determinar as necessidades (Tavares, 1990).

O mesmo autor afirma que para realizar o diagnóstico da situação deve-se efetuar uma descrição, de preferência, quantitativa, da situação, conhecer os fatores que a determinam, analisar a sua evolução e proceder à sua avaliação.

Para a elaboração do diagnóstico devem respeitar-se quatro etapas: a identificação do problema na população, o estudo da evolução dos problemas prevendo o impacto que estes poderão ter na população, o estudo da rede de casualidade dos problemas, identificando as suas causas e fatores de risco e, por último, a determinação das necessidades (Imperatori & Gerales, 1993).

De acordo com Tavares (1990), são vários os métodos e técnicas que permitem a identificação das necessidades, podendo-se recorrer a três abordagens distintas, como os indicadores, os inquéritos e a pesquisa de consenso. Para terminar, deve analisar-se os resultados obtidos, procedendo constantemente à atualização do diagnóstico de situação previamente elaborado.

A determinação de prioridades representa a segunda fase do processo de planeamento em saúde. Para a seleção e hierarquização dos problemas de saúde detetados recorre-se à utilização de critérios através dos quais os ordenaremos em prioritários, sendo que a principal dificuldade desta etapa é a subjetividade de que está carregada. Para controlar este fato convém que o grupo planificador seja extenso e multidisciplinar sendo os critérios a propor o resultado do seu consenso (Imperatori e Giraless, 1993).

Consiste num processo de tomada de decisão, onde é necessário definir as prioridades, dando resposta aos problemas que devem ser resolvidos em primeiro lugar. Para tal, deve ser validada a pertinência do plano traçado, rentabilizando os recursos e otimizando os resultados a atingir, ao longo da implementação do projeto (Tavares, 1990).

O mesmo autor defende ainda que o estabelecimento das prioridades está diretamente relacionado com o nível de conhecimento que se possui sobre o problema e os seus fatores de risco, a sua gravidade, a pertinência que este tem para a concretização do projeto, a sua exequibilidade e disponibilidade de recursos, assim como a aceitação no seio das instituições e comunidades.

É uma etapa cujo processo deve ser elaborado de forma consciente e organizada, tendo por base princípios e critérios bem definidos (Imperatori & Giraldes, 1993). Contudo, Tavares (1990), acredita que esta etapa deve obedecer duas etapas fundamentais: a determinação dos critérios de decisão e comparação dos problemas. Para determinar prioridades, pode recorrer-se a técnicas como a Técnica do Grupo Nominal, o painel de Delphi e ou recorrer a Informadores-chave, daí resultando uma lista ordenada de prioridades, sem que seja necessário haver uma dissecação dos critérios elegidos.

De acordo com o mesmo autor, o projeto de intervenção só é exequível se tivermos plena consciência do que é necessário fazer para o elaborar. Assim sendo, depois de terminada esta fase, devem ser fixados objetivos de acordo com os resultados que se espera alcançar. A fixação de objetivos é, por isso mesmo, uma etapa preponderante para a concretização do projeto.

Stanhope & Lancaster (1999, p.328), defendem que “os objetivos têm que ser precisos, incluir a apresentação dos comportamentos desejados, incrementáveis e mensuráveis”. Nesse sentido, quando se formula um objetivo deve ter-se em conta essência da situação que se deseja alcançar, os seus critérios de exequibilidade, a sua população-alvo, o local onde o projeto vai ser aplicado e o tempo que necessita para ser alcançado. Se assim não for, não é um objetivo (Tavares, 1990).

Depois de fixados objetivos, o passo seguinte consiste na seleção de estratégias. Nesta etapa do planeamento em saúde são propostas formas de atuação que se pensa serem as mais adequadas para atingir os objetivos traçados, sendo que o seu sucesso depende do conhecimento que a pessoa que coordena o projeto tem sobre mesmo. Para Tavares (1990), é importante que se conheçam as estratégias que já se utilizaram na abordagem do problema identificado, assim como as dificuldades encontradas, para que se escolham, estrategicamente, alternativas, de acordo com as necessidades e possibilidades de execução.



Desta forma, devem conhecer-se bem os recursos disponíveis, tendo em conta o seu custo-benefício, a sua pertinência, assim como mais-valias e pontos menos fortes de cada estratégia.

A etapa seguinte intitula-se preparação operacional, e é nela que se encontram descritas as atividades do projeto. Contudo, as intervenções e atividades devem ser planeadas de forma a dar resposta aos objetivos fixados, uma vez que todas as atividades que não respondam ao objetivo constituem um desaproveitamento dos recursos. As atividades devem ser clarificadas, dando resposta sobre: “o que deve ser feito; quem deve fazer; quando deve fazer; onde deve ser feito; como deve ser feito; avaliação da atividade; se possível: o objetivo que pretende atingir; eventualmente: o custo da atividade” (Tavares, 1990, p. 169).

É nesta etapa que se encontra contemplada a equipa necessária para a realização do projeto, assim como o equipamento, a estrutura administrativa e apoio logístico. É fundamental que se realize uma análise orçamental, que integre os custos indispensáveis à execução do projeto. A liderança do projeto é outra das componentes essenciais da preparação operacional, uma vez que o projeto deve ser liderado, sendo que “liderar é conhecer as motivações humanas e saber conduzir as pessoas” (Tavares, 1990, p.191). Em seguida, temos a fase de implementação das atividades planeadas anteriormente.

Por fim, chegamos à última etapa do planeamento em saúde, que diz respeito à avaliação do projeto. A avaliação concretiza-se através da confirmação do sucesso do projeto. Essa confirmação pode ser dada pela execução de um objetivo, desde que este cumpra os critérios e normas, mas também através da comparação entre os objetivos previamente traçados e as estratégias delineadas, de forma a verificar se estas foram, de fato, as mais adequadas (Tavares, 1990).

## 1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Com a finalidade de realizar o diagnóstico de saúde e conhecer quais as necessidades de saúde da população, houve a necessidade de a estudar, tendo em conta as suas singularidades na identificação dos problemas que subsistem, assim como os recursos disponíveis, não só os já utilizamos mas também aqueles que se poderão adaptar.

No decurso do estágio, tivemos a oportunidade de participar em algumas reuniões no âmbito dos projetos da unidade. Este acompanhamento da equipa, foi facilitador da tomada de consciência do funcionamento da UCSP, do trabalho que desenvolvem diariamente, assim como a realidade da sua comunidade, favorecendo a identificação das suas necessidades.

O presente diagnóstico de situação, motor do projeto de intervenção desenvolvido, foi concretizado no decurso do estágio I que decorreu de 14 de maio a 22 de junho de 2018. Partiu de uma necessidade sentida pela equipa de enfermagem visto que, pelos dados fornecidos pelo SINUS, no âmbito da vacinação da gripe, cerca de 40% dos utentes tem diabetes, sendo a doença com maior representatividade no seio das pessoas inscritas nesta unidade. A equipa sente que é uma doença em crescente evolução, em que as necessidades das pessoas são muitas, sendo por vezes difícil dar resposta às mesmas, visto que é também uma área que está em constante renovação, no que à educação terapêutica diz respeito. Por outro lado, sente ainda que muitas vezes a informação transmitida na consulta de enfermagem de diabetes, em contexto hospitalar, difere um pouco da que é transmitida na sua, comprometendo a adesão ao plano de tratamento e colocando em causa a relação de confiança da pessoa, havendo a necessidade de uniformizar cuidados. Este diagnóstico de situação tem ainda o Domínio da Diabetes – Formação Contínua em Saúde, como suporte da intervenção, uma vez que reconhece o papel dos enfermeiros na educação e no acompanhamento das pessoas com Diabetes como fundamental para a melhoria do controlo metabólico. Tendo nesse sentido, elaborado referenciais que contribuem para a educação e formação destes profissionais de saúde, que facilitam o desenvolvimento de “conhecimentos, capacidades e atitudes pessoais que permitem manter um nível adequado de qualidade das práticas clínicas” (Administração Central do Sistema de Saúde, 2012).

## 1.1 Caraterização do Contexto

O estágio realizado decorreu numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), do ACESA, inserida na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). As UCSP constituem unidades funcionais dos agrupamentos de centros de saúde (ACES), e encontram-se organizadas de forma a ir ao encontro das necessidades dos seus utentes, cumprindo as orientações da Direção Geral de Saúde. Por sua vez, um ACES, carateriza-se por ser um serviço de saúde com autonomia legislativa, sendo composto por várias unidades funcionais, que açabarcam um ou mais centros de saúde, sendo o seu objetivo a prestação de cuidados de saúde primários à população da sua área de residência, com o intuito de garantir o acesso à saúde para todos (Ministério da Saúde).

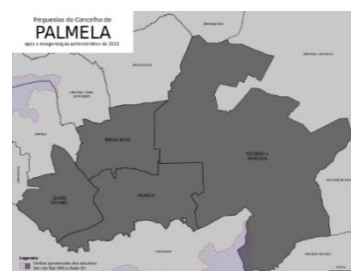
A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, publicada pelo Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro, (Ministério da Saúde, 2008), criou as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). Estas, possuem uma estrutura análoga à prevista para as Unidades de Saúde Familiar e prestam “cuidados personalizados aos utentes, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos” (Ministério da Saúde, 2008, p. 1183). A sua missão consiste em assegurar cuidados de saúde personalizados à população inscrita de numa determinada área geográfica, incidindo no âmbito comunitário, na sua população. Cada UCSP é constituído por uma equipa, onde constam médicos, enfermeiros, assistente técnicos e operacionais. Além disso, possui um coordenador, eleito pelo diretor executivo do ACES, depois da validação do conselho clínico, entre os médicos especialistas de medicina geral e familiar, que detenham o grau de consultor e cumulativamente tenham, no mínimo, cinco anos de experiência efetiva na especialidade (Ministério da Saúde).

A área de abrangência do ACESA contempla a população dos concelhos de Setúbal, Palmela e Sesimbra, que integram 32 unidades de saúde: dezanove Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), cinco Unidades de Saúde Familiares (USF), sendo três modelo B e duas modelo A, um Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP), uma Unidade de Saúde Pública (USP), uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), três Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), uma Equipa Coordenadora Local (ECL) e uma Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, três Serviços de Atendimento Complementar (AC), sendo um em Setúbal, outro em Palmela, e outro em Sesimbra como horário de funcionamento, sábados, domingos e feriados das 10h às 20h.

## 1.2 A Comunidade

O projeto concretizado no decorrer deste estágio foi implementado na área geográfica do ACES Arrábida, sendo que este abrange três grandes concelhos, intervindo no âmbito comunitário.

O concelho de Palmela é um dos maiores concelhos da Região de Lisboa e Vale do Tejo com 462,9 km<sup>2</sup>, sendo a freguesia sede de concelho e o centro administrativo. Tal como se pode verificar no mapa 1, é delimitado a Sul pelos concelhos de Setúbal e Alcácer do Sal, a Norte pelos concelhos de Montijo e Alcochete e a Oeste pelos concelhos da Moita e Barreiro. Caracteriza-se por uma grande dissemelhança das áreas territoriais funcionais que têm, que englobam áreas de agricultura e latifúndio, áreas de povoamento disperso e áreas urbanas e industriais.



Mapa 1 – Concelho de Palmela

O concelho de Sesimbra é maioritariamente rural, no entanto apresenta como setor de destaque o pesqueiro. Encontra-se limitado a Sul e Oeste pelo Oceano Atlântico, a Norte pelos concelhos de Almada, Barreiro e Seixal, a Leste pelos concelhos de Palmela e Setúbal. Mais de metade da sua população reside na freguesia de Quinta do Conde.



Mapa 2 – Concelho de Sesimbra

O concelho de Setúbal possui características urbanas e rurais, no entanto o maior aglomerado populacional concentra-se na cidade. É delimitado a Norte e Este pelo concelho de Palmela e a Oeste pelo concelho de Sesimbra e a Sul e Este encontra-se rodeado pelo Rio Sado. Detém o Parque Natural da Serra da Arrábida e a Reserva Natural do Estuário do Sado, e é a sede do distrito de Setúbal.



Mapa 3 – Concelho de Setúbal

De acordo com o SIARS (2016), encontram-se inscritos 252.815 utentes, dos quais 558.431 tem médico de família, 65.749 não tem médico de família e 27.989 são não frequentadores o que equivale a uma proporção de utentes sem médico atribuído de 26%. Concentra-se no concelho de Setúbal cerca de 56% da população inscrita, no concelho de Palmela 25% e no concelho de Sesimbra 19%. As dezasseis Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados do



ACESA dão resposta às necessidades em saúde de 70% dos utentes inscritos, enquanto as Unidades de Saúde Familiar dão resposta aos restantes 30% (Lopes & Fryxell, 2015).

### **1.3 Instrumento de Diagnóstico: Entrevista**

A recolha de dados é uma etapa indispensável num projeto de intervenção, uma vez que possibilita a colheita da informação necessária para a concretização do diagnóstico de situação (Imperatori & Gerales, 1993).

Visto que são várias as formas de recolha de dados, cabe ao investigador decidir qual a que mais se adequa ao objetivo do seu estudo e questões colocadas. Neste sentido, tendo em conta o objetivo desta pesquisa, o método de recolha de dados que utilizámos foi a entrevista, visto que de acordo com Tavares (2008) é o instrumento ideal para conhecer a perspetiva dos entrevistados.

Existem dois tipos de entrevistas: a estruturada e a não estruturada, sendo a segunda permite ao entrevistador a liberdade de formular e sequenciar as questões (Fortin, 1999). De acordo com o mesmo autor, a entrevista não estruturada pode ser dividida em parcialmente estruturada ou inteiramente não estruturada. Nesta entrevista, o investigador tem previamente uma lista de tópicos que quer abordar, elaborando questões com base nos mesmos que pode apresentar aos entrevistados na sequência que lhe parecer mais pertinente. Na entrevista semiestruturada é dada liberdade ao entrevistado para falar sobre o que este considera mais importante para si, exprimindo a sua opinião, com base numa estrutura mais flexível, passando por todos os tópicos. Assim sendo, o entrevistado pode falar livremente e o diálogo flui sem interrupções (Tavares, 2008).

Face ao exposto, a técnica de recolha de dados escolhida para efetuar o levantamento das necessidades dos enfermeiros que realizam consulta de diabetes foi a entrevista semiestruturada. Para isso, foi elaborado um guião de entrevista (apêndice 1) à semelhança de um inquérito (Bardin, 2015, p. 90), isto porque o objetivo era inferir a realidade experienciada, recorrendo-se posteriormente à análise de conteúdo clássica, através de uma grelha de análise categorial (Apêndice 2). De acordo com o preconizado, atribuímos um código “E1”, “E2” e assim sucessivamente, a cada entrevista.

No diagnóstico de situação participaram os enfermeiros que realizam consulta de Diabetes no ACES e CH. Inicialmente foram planeadas seis entrevistas, contudo por indisponibilidade de uma enfermeira, houve uma entrevista que não conseguimos realizar. Assim sendo, foram entrevistadas 5 enfermeiras (uma especialista em Enfermagem Comunitária e quatro generalistas). São todos do género feminino e a média de idades dos profissionais entrevistados situa-se nos 45,8 anos. Quanto aos anos de serviço, a média é de 22,8 anos. Relativamente aos anos de trabalho em consulta de enfermagem de diabetes, a média é de 11 anos. Duas destas enfermeiras têm formação pós-graduada, na área.

Antes de cada entrevista, foi apresentado o projeto, o seu objetivo e explicado o motivo da realização da mesma, aos enfermeiros. Solicitámos que todos os entrevistados autorizassem a realização das entrevistas, através da leitura e assinatura do Consentimento Informado (Apêndice 10), onde se encontra claramente explicado que a entrevista é gravada e cada enfermeiro ficou com uma cópia do consentimento.

Para a realização das entrevistas, utilizámos um gravador digital onde ficou registado, na íntegra, o conteúdo de todas as entrevistas, tendo sido posteriormente efetuada a transcrição das mesmas. Após a transcrição, validámos a informação com os intervenientes. Em seguida, as gravações foram destruídas no referido gravador através da função “delete”. O próprio gravador digital utilizado não permite a cópia do registo efetuado para outro tipo de suporte informático.

Para proceder ao tratamento dos dados, recorremos à análise qualitativa de conteúdo, seguindo as diretrizes de Bardin (2015). Nesse sentido, foram identificadas seis categorias, de acordo com a grelha de análise das entrevistas. Foram definidas as categorias através da codificação da informação, convertendo e agregando os dados provenientes das mesmas em unidades. Desta forma conseguimos extrair uma descrição fiel das características mais importantes das entrevistas (Bardin, 2015).

#### **1.4 Apresentação e análise das entrevistas realizadas**

O guião da entrevista, previamente elaborado, revelou-se facilitador da definição das seis categorias (Apêndice 1). De forma a identificar quantas pessoas com DM são seguidas em consulta de enfermagem definimos, no guião, o subtema: Pessoas com diabetes seguidas em consulta de enfermagem. A “leitura flutuante” das respostas (Bardin, 2015, p. 64) possibilitou a

categorização das respostas, visto que as questões colocadas eram semelhantes a perguntas abertas de um questionário. Realizámos este procedimento por repartição, indo de elementos particulares, agrupados por aproximação de elementos contíguos, “para no final se atribuir um título à categoria” (Bardin, 2015, p. 65).

Respeitando os objetivos da análise das entrevistas, definiram-se as unidades de registo, sendo que cada uma delas representa uma unidade de significação a codificar, que corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, de forma a obter a codificação e a contagem frequencial, tal como preconiza Bardin (2015, p. 130).

No decorrer da análise das respostas, foi definida a categoria “Identificação das pessoas com diabetes”, uma vez que das respostas das entrevistadas conseguimos identificar o número de pessoas com diabetes que são seguidas, em consulta de enfermagem, nas unidades onde prestam cuidados. Daí resultou uma subcategoria “Pessoas com diabetes seguidas em consulta de enfermagem”. Como unidade de registo definiu-se “pessoas com diabetes”. Nesta pergunta encontrámos respostas diferentes, visto que os enfermeiros que foram entrevistados trabalham em instituições com um número de utentes muito distintos. Pudemos verificar que nenhuma das instituições tinha números concretos das pessoas com diabetes que acompanham, sendo os números fornecidos estimativas:

**E1:** “Temos cerca de 20000 utentes, cerca de 1010 são diabéticos. Não é um número exato. Seguidos na consulta, não sei de forma precisa, mas são cerca de 60%.”

**E2:** “Referenciadas à consulta de diabetes estão 2300 pessoas.”

**E3:** “Cerca de 200 a 250 pessoas.”

**E4:** “Cerca de 2500.”

**E5:** “Aproximadamente 2500.”

De fato, esta foi uma lacuna que encontrámos quando iniciámos a procura pelos dados epidemiológicos, no âmbito da DM. Verificou-se que existem dados referentes às pessoas com DM relativos à ARSLVT e ACESA, porém o agrupamento não dispõe de informação sobre os números das pessoas com diabetes existentes em cada uma das suas unidades. Isto constitui uma dificuldade à melhoria da prestação de cuidados. Isto por “a atividade sistemática e continuada de recolha, tratamento e transmissão de informação acerca das mais diversas situações relacionadas com a saúde configura um instrumento fundamental de planeamento e gestão dos recursos da saúde, proporcionando os elementos para uma atuação pronta e eficaz

sobre os fatores de risco indutores de situações indesejáveis de saúde das populações (Direção-Geral de Saúde, 2017).

Após a identificação do número de pessoas seguidas em consulta de enfermagem a nível dos cuidados de saúde primários e centro hospitalar, é fundamental compreender como é estabelecida a comunicação entre instituições com vista à garantia da continuidade de cuidados. Para tal, definiu-se a segunda categoria “estratégias de comunicação Interinstitucional”, tendo sido definida como subcategoria “Comunicação Interinstitucional”. A maioria das entrevistadas (4) afirmaram que não tem qualquer acesso aos registos das colegas que trabalham no hospital:

**E2:** “Eu nunca falei com ninguém em relação aos doentes.”

**E3:** “Não. Não temos qualquer acesso”

**E4:** “neste momento não existe qualquer forma de contactar os colegas. Nem conhecemos as colegas dos centros de saúde.”

**E4:** “não há nenhuma forma de contactar com os colegas do CS.”

Apenas uma (E1) referiu que, pontualmente, consegue contactar as colegas, informalmente, por telefone, para esclarecer dúvidas:

“(...) porque conheço as colegas (...) informalmente entro em contato com elas. Mas se não as conhecesse, que é o caso da maior parte dos enfermeiros das unidades, não sei como seria.”

Em seguida tentou-se perceber se a utilização dos sistemas de informação em saúde constitui um recurso para obter informação clínica. Para isso, definiu-se como terceira categoria: “Utilização dos Sistemas de Informação” e como subcategoria “Sistema de Informação”. A totalidade das entrevistadas referiu que não tem qualquer acesso aos registos efetuados pelos colegas, considerando isso uma falha:

**E1:** “Não temos acesso aos registos de enfermagem.”

**E2:** “De enfermagem, que eu tenha conhecimento não tenho acesso a nada.”

**E3:** “Não. Neste preciso momento não temos acessos aos registos dos colegas do hospital.”

**E4:** “Não temos acesso a nenhuma informação. Supostamente a Plataforma de Dados em Saúde seria uma mais-valia para registar e aceder a informação dos colegas, mas neste momento isso não se verifica.”



**E5:** “Não, neste momento aceder aos registos dos colegas ainda não está ao nosso alcance, infelizmente.”

Constatámos, após a análise das primeiras perguntas colocadas, que os enfermeiros referiram haver uma falha na transmissão da informação entre os Cuidados de Saúde Hospitalares e os Cuidados de Saúde Primários.

De acordo com Tavares (2008), a inexistência de uma transmissão de informação lógica e estruturada entre serviços pode levar à fragmentação dos cuidados à pessoa, incidentes críticos ou a omissões nos cuidados a serem prestados. O mesmo autor defende que para prestar cuidados de forma holística e efetiva desde o momento em que a pessoa começa a ser acompanhada, há a necessidade de se estabelecer uma comunicação verbal, não verbal e escrita entre os enfermeiros das diferentes instituições. Apenas a parceria de cuidados entre as equipas de enfermagem dos diferentes contextos assegura a continuidade de cuidados. “Este trabalho bidirecional permite melhorar, ainda mais, a compreensão dos papéis de cada um assim como as respetivas expetativas (Tavares H. , 2008)

Um dos objetivos das entrevistas foi também o de conhecer a opinião e expetativas acerca da articulação interinstitucional entre o ACESA e o Centro Hospitalar, através da questão “*Na sua opinião, como deveria ser otimizada a articulação entre as consultas de enfermagem de diabetes entre o ACES e o CH?*”. Para tal, definiu-se como quarta categoria: “Expectativas acerca da articulação entre o ACES e o CH” e como subcategoria: “Otimização da articulação interinstitucional”. Neste assunto, as entrevistadas voltaram a estar em concordância, sendo comum a todas a resposta da necessidade de haver uma linha direta para comunicar com os pares e esclarecer dúvidas no momento:

**E1:** “Haver um número direto seria uma grande mais-valia, porque permitia esclarecer dúvidas no momento.”

**E2:** “com as novas tecnologias, o melhor seria mesmo a existência de telemóveis, que os profissionais usariam dentro da sua hora de trabalho e que pudessem comunicar, e esclarecer dúvidas de forma rápida.”

**E3:** “o telefone seria o ideal.”

**E4:** “Acho que seria uma mais-valia a existência de uma linha direta ou de um telemóvel de serviço onde conseguíssemos falar no momento com a colega.”

**E5:** “Por exemplo um telemóvel de serviço e acessos a

contatos de colegas dos cuidados de saúde primários seria uma mais-valia.”

Por outro lado, o uso do email gerou mais discórdia, visto que na sua generalidade as enfermeiras não utilizam frequentemente esta ferramenta, logo consideraram esta hipótese como válida apenas para “dúvidas não urgentes”:

**E3:** “O email é bom numa situação não urgente.”

**E4:** “Não seria exequível, tendo em conta que nem sempre acedemos ao mesmo e a informação iria perder-se em tempo útil.”

As restantes entrevistadas encararam-no como uma possibilidade:

**E1:** “Seria uma boa hipótese. Não tenho o hábito de ir ver os emails. Mas se me disserem que isso é uma possibilidade também me consigo adaptar.”

**E2:** “Para esclarecimento de algumas situações seria uma mais-valia, mas tem alguns riscos.”

**E5:** “É uma possibilidade.”

Da análise destas categorias sobressaiu a necessidade de existirem meios de comunicação mais eficazes relativamente à forma como poderá ser feita a transmissão da informação clínica, com vista garantir a continuidade de cuidados entre os diferentes níveis de cuidados de saúde. Para perceber se pode tornar essa comunicação mais eficaz, defini a quinta categoria como: “Estratégias para a melhoria da continuidade de cuidados” e a como subcategoria: “Continuidade de cuidados”. Nesta questão, houve novamente unanimidade acerca da importância da existência de um documento em suporte papel para assegurar a continuidade de cuidados entre as consultas de enfermagem de diabetes realizadas entre hospital e centro de saúde:

**E1:** “Poderá ser uma hipótese, mas tinha de ter informação pertinente.”

**E2:** “Sim, seria uma mais-valia.”

**E3:** “Sem dúvida. Aí então a facilidade de comunicação seria totalmente diferente.”

**E4:** “Sim, seria mais fácil aferir, por exemplo a ultima avaliação de pés (...) seria uma forma fácil de ter acesso à informação mais pertinente da pessoa, reduzindo o tempo que levamos à procura de informação no computador que muitas vezes nem sequer lá está.”

**E5:** “Sim, seria uma forma de resumir os assuntos mais pertinentes.”

Relativamente à informação pertinente que deveria constar desse documento, as entrevistadas foram perentórias, respondendo o esquema de insulina, a alimentação e a avaliação do pé, como o mais importante:

**E1:** “a medicação que o doente está a fazer, as doses, como é que está em relação aos ensinamentos da alimentação, do autocuidado, da vigilância do pé...E depois o controlo analítico e os rastreios.”

**E2:** “esquema de insulino-terapia. (...) A avaliação do pé também é uma parte importante. (...) A alimentação, se está a ser seguido pelo nutricionista e o que está a ser feito.”

**E3:** “Além do mensurável e é indispensável à consulta ter também espaço para o tipo de tratamento, se é insulino-tratado ou não, a nível de ensinamentos. Parte da alimentação, cuidados aos pés.”

**E4:** “Última avaliação de pés, por exemplo. E espaço para o registo dos ensinamentos de enfermagem, assim como os dados sobre o esquema de insulina que o doente está a fazer, caso faça.”

**E5:** “Avaliação de úlcera de pé diabético, dificuldades terapêuticas, tanto na prática medicamentosa como plano alimentares.”

O fato de os enfermeiros não utilizarem a mesma linguagem dificulta a implementação dos sistemas de informação em enfermagem, sendo urgente o uso de uma linguagem comum, de forma a que a partilha de informação se realize de forma clara e objetiva (Tavares H. , 2008).

Nesse sentido tentou-se perceber qual a visão dos enfermeiros sobre a existência de formação conjunta para os enfermeiros que fazem consulta de diabetes. Assim sendo, definimos como sexta e última categoria: “Opinião dos enfermeiros sobre formação conjunta” e como subcategoria: “Formação”.

A totalidade das entrevistadas está de acordo com a existência de formação conjunta. Duas das entrevistadas (E1 e E6), referiram que é uma hipótese de partilha de experiências e outras consideram que é uma forma de uniformizar a linguagem no âmbito das consultas, para todos falarem o mesmo (E2, E3, E5 e E6), tal como se pode verificar nas seguintes transcrições:

**E1:** “Acho que sim. É sempre bom existir para partilhar experiências diferentes. Conseguir-se limar arestas para as coisas serem mais fáceis e dar resposta aos nossos utentes.”

**E2:** “Formação conjunta... depende das áreas. A insulinoaterapia era uma área a trabalhar é onde temos mais dificuldades em CSP.”

**E3:** “Acho que sim, Sem dúvida. A reciclagem e o aumento de conhecimentos é sempre bom para nós.”

**E4:** “Sim, de forma a uniformizar procedimentos efetuados em consultas de enfermagem e promover atualização de conhecimentos.”

**E5:** “Sim, para haver partilha de conhecimentos para uso de terminologias comuns e ensinamentos estruturados semelhantes.”

Nesta parte da entrevista verificou-se que a área onde os enfermeiros dos cuidados de saúde primários referiram necessitar de mais formação é mesmo a Insulinoaterapia.

De acordo com Tavares (1990), o diagnóstico de situação deve ser concluído com uma lista dos problemas identificados, sobre os quais se quer intervir com vista a resolver ou minimizar. Nesse sentido, de acordo com os dados analisados foram identificados os seguintes problemas:

- Ausência de Articulação interinstitucional entre os enfermeiros que realizam consulta de enfermagem de diabetes à pessoa adulta;
- Inexistência de Formação em Diabetes comum aos enfermeiros dos contexto hospitalar e cuidados de saúde primários;

Estes resultados foram apresentados aos enfermeiros que participaram nas entrevistas, de forma a serem validados com os mesmos. De facto, os profissionais reforçaram que as áreas problemáticas são a articulação entre CS e CH, no âmbito do contato, transmissão de informação e encaminhamento de doentes, entre colegas e a necessidade de formação conjunta, no sentido de uniformizar práticas e conceitos, para que “falem todos a mesma linguagem”. Decorrente desta apresentação considerou-se pertinente a realização de uma reunião de peritos, validar os dois problemas encontrados. Nessa reunião, ficou claro que, apesar da importância de se estabelecer um protocolo de articulação que assegurasse a continuidade de cuidados à pessoa adulta seguida em consulta de diabetes, por falta de recursos financeiros e pouco tempo do projeto, este seria inviabilizado. Contudo, elegeram a formação conjunta como problemática mais prioritária. Todos concordaram que este seria o primeiro passo a dar, com o intuito de, no futuro, se estabelecer uma articulação protocolada. Isto é, pela formação há não só uniformização da linguagem e das práticas, como também permite que os pares se conheçam e



partilhem estratégias sobre quais as intervenções mais eficazes. Nesta reunião, foram ainda levantadas várias áreas de necessidades formativas, nomeadamente: Higiene Oral na Diabetes, Alimentação na Diabetes e a leitura dos rótulos, Padrão de avaliação das glicémias capilares, Atuação na Hiperglicemias e Hipoglicemias, Ensino de Insulina e Antidiabéticos Orais, Atividade Física e Diabetes.

### **1.5 Considerações Éticas e Deontológicas**

No âmbito do exercício profissional, é extremamente importante garantir o respeito pelos direitos das pessoas. Em concordância com a Ordem dos Enfermeiros, as intervenções de enfermagem devem assegurar a liberdade e a dignidade da pessoa humana e do enfermeiro (OE, 2009). Nesse sentido, houve o cuidado de garantir o respeito pelas questões éticas nesta primeira etapa do PS. De acordo com os princípios éticos e morais, descritos por Fortin (1999), foram garantidos o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e confidencialidade, à proteção contra o desconforto e prejuízo, oferecendo um tratamento justo e equitativo. Com o intuito de garantir a proteção dos enfermeiros entrevistados e as respetivas instituições foi redigido um pedido de autorização (Anexo 3 e 4), dirigido à direção do ACES e do Centro Hospitalar, para concretização das entrevistas e posteriores intervenções, que obtiveram parecer favorável. As entrevistas foram realizadas em contexto de centro de saúde e hospital, em gabinetes de enfermagem, tendo os entrevistados autorizado formalmente a concretização da mesma, através da leitura e rubrica do consentimento informado (apêndice 10). Para além disso foi redigido um pedido de parecer à Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT (apêndice 11), com conhecimento formal à Diretora Executiva do ACES em causa, Vogal de Enfermagem e Conselho Clínico, com resposta favorável (Anexo 1).

## 2. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A determinação de prioridades representa a segunda fase do processo de planeamento em saúde (Imperatori e Giraldes, 1993). Para a seleção e hierarquização dos problemas de saúde detetados recorre-se à utilização de critérios através dos quais os ordenaremos em prioritários, sendo que a principal dificuldade desta etapa é a subjetividade de que está carregada. Para controlar este fato convém que o grupo planificador seja extenso e multidisciplinar sendo os critérios a propor o resultado do seu consenso (Imperatori e Giraldes, 1993).

Na determinação de prioridades é essencial definir e adotar critérios ponderados, através dos quais se ordenam os problemas encontrados. Os critérios major de priorização dos problemas de saúde são a magnitude, a transcendência e a vulnerabilidade.

A **magnitude** caracteriza o problema de acordo com a sua dimensão, ou seja, de acordo com o volume da população atingida pelo mesmo (Teixeira et al, cit por Pereira, 2011). A DM é considerada de elevada magnitude, uma vez que atinge cerca de 13,3% da população portuguesa, aproximadamente 1 milhão de portugueses. De acordo com os dados da ARSLVT, a mortalidade por diabetes situa-se nos 4,2%, sendo que o concelho de Palmela chega aos de 4,5%. Esta é uma patologia crónica, debilitante e dispendiosa, geralmente associada a complicações graves para a pessoa, sendo pretório uma intervenção pró-ativa, com base nas evidências científicas mais atuais, na prevenção, diagnóstico e seguimento destes doentes.

Relativamente à **Transcendência**, este define-se pela importância do problema de acordo com os grupos etários de maneira a valorizar as mortes nos diferentes grupos de idades. Considera-se a que a DM é um problema importante de trabalhar, do ponto de vista da transcendência, uma vez que os enfermeiros na consulta de diabetes seguem pessoas de distintas faixas etárias, sendo sempre o objetivo major a correta gestão da doença, de forma a prevenir prevenção complicações relacionadas com esta doença, pode trazer repercussões ao nível económico e funcional das suas famílias e da sociedade em geral.

Outro critério que pode ser referido neste contexto é o da irreversibilidade do dano, nomeadamente sequelas ou deficiências, pois “nestes casos seria dada maior prioridade às doenças que provocassem estas situações” (Imperatori & Giraldes, 1993:66). Nesse sentido, é reconhecido que a diabetes pode trazer inúmeras consequências, causando frequentemente danos irreversíveis às pessoas como sequelas ou deficiências para toda a vida.

No que diz respeito à **Vulnerabilidade**, esta corresponde à possibilidade de intervir para solucionar um problema, nas diferentes fases de evolução do mesmo – prevenção, tratamento ou reabilitação. Assim sendo, melhorar as competências e recursos dos enfermeiros que educam em diabetes, resultará numa melhoria da qualidade dos cuidados prestados, contribuindo para os utentes obtenham uma melhor gestão do autocuidado, maior qualidade de vida, diminuindo os gastos de saúde e retardando as complicações da doença.

Apesar de ser considerado, pelo governo, como um problema de saúde prioritário e de já estarem em curso diversas medidas nesta área, a verdade é que os novos casos continuam a aumentar, sendo necessárias medidas mais eficazes.

Tal como referido no capítulo do diagnóstico de saúde, as necessidades formativas identificadas foram a Higiene Oral na Diabetes, Alimentação na Diabetes e a leitura dos rótulos, Padrão de avaliação das glicémias capilares, Atuação na Hiperglicemias e Hipoglicemias, Ensino de Insulina e Antidiabéticos Orais, Atividade Física e Diabetes. Com vista à priorização das mesmas, optámos pela aplicação da comparação por pares (apêndice 3). Esta técnica permite determinar prioridades através dos critérios: Importância do problema, Relação entre o problema e os fatores de risco, Capacidade técnica de resolver o problema e sua Exequibilidade. Após ter sido trabalhada pelos peritos, obteve-se o seguinte grau de priorização dos temas:

1. Alimentação;
2. Padrão de Avaliação das Glicémias Capilares e Formas de Atuação em Hipoglicémias e Hiperglicémias;
3. Insulina e Antidiabéticos Orais (ADO)
4. Saúde Oral na Diabetes;
5. Atividade Física e Diabetes;

### 3. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Imperatori e Giraldes (1993) afirmam que no processo de metodologia do Planeamento em Saúde, após o estabelecimento de prioridades e a identificação dos diagnósticos de enfermagem, segue-se a etapa de fixação de objetivos, sendo que para a sua consecução, ter-se-á de percorrer quatro fases: a seleção de indicadores dos problemas prioritários; a determinação de tendência, projeção e previsão dos problemas prioritários; a fixação dos objetivos a atingir e a tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas (Imperatori e Giraldes, 1993).

Estes autores referem ainda que esta é uma etapa fundamental em todo o processo de planeamento, na medida em que “apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa” (Imperatori e Giraldes, 1993, p. 77).

Face ao exposto foram determinados indicadores de resultado e de atividade ou execução (Tavares, 1990), a determinação de tendências do problema não foi realizado pela inexistência de dados anteriores sobre os problemas identificados neste contexto. Relativamente à enunciação dos objetivos, estes devem identificar 5 elementos: a natureza da situação desejada; os critérios de sucesso ou de fracasso; a população-alvo do projeto; a zona de aplicação do projeto e o tempo em que deverá ser atingido (Tavares, 1990). Assim, foram delineados os seguintes objetivos (Tabela 1).

**Tabela 1** - Objetivo Geral e Objetivo específico

Objetivo Geral	Objetivos específico
<b>Melhorar o nível de conhecimentos dos enfermeiros que trabalham em consulta de enfermagem de diabetes até janeiro de 2019, relativamente aos temas do workshop</b>	Aumentar, no mínimo em 15%, os conhecimentos dos enfermeiros que acompanham a pessoa com DM, em consulta de enfermagem, até janeiro de 2019, relativamente aos temas do workshop

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993) um objetivo é um enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível, de um problema que altera em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores. Ainda segundo o mesmo autor, um indicador é um a relação entre uma situação específica e uma população em risco.



Segundo Imperatori e Giraldes (1993) estes podem ser **indicadores ou resultado** (pretendem medir as alterações verificadas num problema de saúde ou a dimensão atual desse problema) ou **indicadores de atividade e execução** (pretendem medir a atividade desenvolvida pelos serviços de saúde com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado). Os indicadores definidos para este projeto encontram-se descritos na tabela 2 e 3.

**Tabela 2 – Indicadores de Resultado e Metas**

Indicadores de Resultado	Metas
<b>Taxa de respostas certas no questionário de avaliação de conhecimentos, no final do workshop;</b>	Que 75% dos enfermeiros respondam corretamente às perguntas do questionário, no final do workshop;
<b>Taxa de respostas certas sobre Nutrição na diabetes, no final do workshop;</b>	Que 75% dos enfermeiros adquiram conhecimentos acerca dos ensinios sobre Nutrição na Diabetes, no final do workshop;
<b>Taxa de respostas certas sobre as Considerações Gerais em diabetes no final do workshop;</b>	Que 75% dos enfermeiros adquiram conhecimentos sobre as Considerações Gerais em diabetes no final do workshop;
<b>Taxa de respostas certas sobre Saúde Oral na Diabetes, no final do workshop;</b>	Que 75% dos enfermeiros adquiram conhecimentos sobre Saúde Oral na Diabetes, no final do workshop;
<b>Taxa de respostas certas sobre Atividade Física na diabetes, no final do workshop;</b>	Que 75% dos enfermeiros adquiram conhecimentos sobre Atividade Física na diabetes, no final do workshop;

**Tabela 3 – Indicadores de Atividade**

Indicadores de Resultado	Metas
<b>Taxa de Participação na atividade;</b>	Que o ciclo formativo tenha uma taxa de participação dos inscitos superior a 80%;
<b>Taxa de Satisfação sobre o ciclo formativo;</b>	Que 100% dos formandos avaliem o ciclo formativo positivamente;
<b>Taxa de Sessões Realizadas;</b>	Que se realizem 100% das sessões planeadas para a concretização do ciclo formativo;

#### 4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A seleção de estratégias é a quarta etapa do processo de planeamento e pretende estabelecer qual o caminho mais adequado a seguir para reduzir os problemas prioritários. As estratégias definem-se como um “(...) conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde.” (Imperator & Giraldes, 1993, p.65).

Assim, tendo como pressupostos:

- O MDPS de Nola Pender reconhece a cognição e a perceção como fatores decisivos do comportamento promotor de saúde, elegendo a **educação** para a saúde como estratégia preferencial. Os profissionais de saúde e o meio envolvente podem influenciar positiva ou negativamente a adoção de comportamentos de **promoção de saúde**. (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011)

A capacitação para a saúde é a principal estratégia para gestão eficaz na doença crónica tendo como objetivo dotar as pessoas com diabetes, de conhecimentos e capacidades para a máxima autonomia possível no que respeita a autogestão e controlo da mesma. Neste sentido, para este trabalho, projeta-se desenvolver um workshop com duas sessões formativas, com base nas necessidades formativas dos enfermeiros participantes, com a finalidade de aumentar conhecimentos, promover o reconhecimento dos pares e partilhar estratégias de intervenção.

Assim sendo, definimos como estratégias:

- Envolvimento do Serviço de formação do ACESA na divulgação do workshop;
- Educação para a saúde como estratégia preferencial no âmbito da promoção de comportamentos saudáveis, visto que a educação e intervenção são as peças chave da intervenção.
- Formação contínua no âmbito da consulta de enfermagem de diabetes no Centro Hospitalar e ACES;
- Manual de Apoio ao Workshop;
- Envolvimento de Formadores do CH e dos cuidados de saúde primários, para que haja partilha de informação e uniformização de práticas e conhecimento, estabelecendo um bom relacionamento entre todos os elementos da equipa, de modo a aumentar o sentimento de pertença e de envolvimento dos mesmos no projeto.

## 5. PREPARAÇÃO OPERACIONAL E IMPLEMENTAÇÃO

De acordo com Imperatóri e Giraldes (1993) as estratégias são concretizadas através das atividades, e um conjunto de atividades pode definir-se como um projeto, que decorre num delimitado período.

Assim sendo, é nesta etapa que estão descritas as atividades utilizadas para a materialização deste projeto, em função dos objetivos operacionais estabelecidos, tendo em conta os parâmetros estabelecidos por Tavares (1990): Atividade, quem organiza, quando (data), onde (local), como (descrição), objetivo que se pretende atingir e avaliação, tal como demonstrado na seguinte tabela:

**Tabela 4 – Plano de Atividades**

Estratégias	Atividades	Quem/Quando	Onde	Como	Objetivo	Avaliação
Envolvimento do Serviço de formação do ACESA na divulgação do workshop;	- Contatar a enf. <sup>a</sup> responsável pelo serviço de Formação do ACESA para solicitar apoio na divulgação do workshop  - Elaborar cartazes de divulgação	Enf <sup>a</sup> mestranda (setembro/outubro 2018)	Sede do centro de formação	Presencial/ Email	Melhorar o nível de conhecimentos dos enfermeiros que trabalham em consulta de enfermagem de diabetes  Aumentar, no mínimo em 15%, os conhecimentos dos enfermeiros que acompanham a pessoa com DM, em consulta de enfermagem	Taxa de respostas certas no questionário de avaliação de conhecimento superior a 75%, em cada uma das áreas do workshop;  Taxa de Participação na atividade superior a 80%;  Taxa de Satisfação sobre o workshop de 100%;  Taxa de Sessões Realizadas de 100%;
Educação para a saúde  Formação contínua no âmbito da consulta de enfermagem de diabetes no Centro Hospitalar e ACES;	Preparar workshop  Realizar workshop	Enf <sup>a</sup> mestranda (Dezembro/2018 a janeiro/2019)	Na sala de Formação da UCSP	Presencial		
Envolvimento de Formadores do Centro Hospitalar e dos cuidados de saúde primários	- Convidar enfermeira e nutricionista do CS e fisioterapeuta e higienista oral do ACESA	Enf <sup>a</sup> mestranda (setembro/outubro 2018)	UCSP CH	Presencialmente		
Manual de Apoio ao Workshop;	- Elaborar manual de apoio ao workshop	Enf <sup>a</sup> mestranda (setembro/dezembro 2018)	UCSP	Presencialmente		

De forma a facilitar a visualização conjunta das atividades que integram o projeto, elaborou-se o cronograma geral de atividades (apêndice 4).

### 5.1 Previsão de Recursos

Quando se implementa um projeto, um aspeto fundamental para a sua execução é a sua previsão de recursos, visto que é um fator que pode inviabilizar a concretização do mesmo. Para tal, deve-se calcular os recursos humanos e materiais necessários para alcançar as metas fixadas, parte do conhecimento dos recursos existentes, sendo daqui que resultará a determinação do custo de um projeto (Tavares, 1990).

Assim, para este projeto foram necessários os recursos evidenciados na tabela seguinte, que determinaram o potencial custo do mesmo.

**Tabela 5** - Previsão de recursos por ciclo formativo

Alíneas	Especificação	Valor
<b>Recursos Humanos</b>	Enfermeiras (8€/h) – 2h	20 €
	Nutricionista (8€/h) – 3h	30 €
	Fisioterapeuta (8€/h) – 2h	20
	Higienista Oral (8€/h) – 2h	29
	Mestranda(8€/h) – 30h	240€
<b>Despesas de transporte</b>	Deslocação das oradoras e mestranda	200 €
<b>Material de Apoio</b>	Sala de Formação	200€
	Computador	599€
	Impressora	60€
	Projector	299€
	Tela	200€
<b>Material de Consumo</b>	1 toner para impressora	100€
	Fotocópias (Manuais, questionários, etc)	200€
	Material de escrita (canetas e blocos)	30€
	Coffee Break	25€
	<b>Custo Total</b>	<b>2243€</b>

### 5.2 Avaliação dos Conhecimentos dos enfermeiros sobre Diabetes antes do workshop

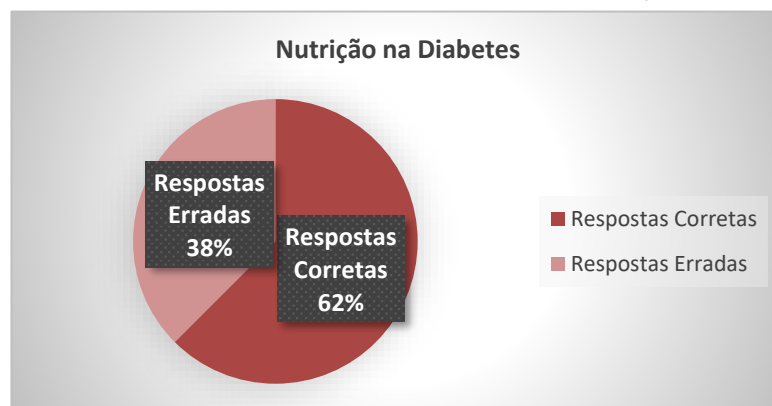
No workshop organizado inscreveram-se 10 enfermeiros, tendo sido a esses profissionais que aplicámos o questionário, construído em conjunto com os diversos oradores, tendo sido feita a



devida validação de conteúdo interpares pelos peritos, com o intuito de avaliar os conhecimentos antes e depois do workshop, no âmbito dos cuidados à pessoa com diabetes, com o intuito de avaliar o ganho de conhecimento. Nesse sentido, vamos agora apresentar os resultados do questionário de conhecimentos aplicado antes da realização do workshop.

Relativamente às perguntas sobre Nutrição na diabetes, tal como se pode verificar no gráfico 1, obteve-se uma percentagem de 62,5% de respostas corretas e 38% de respostas erradas.

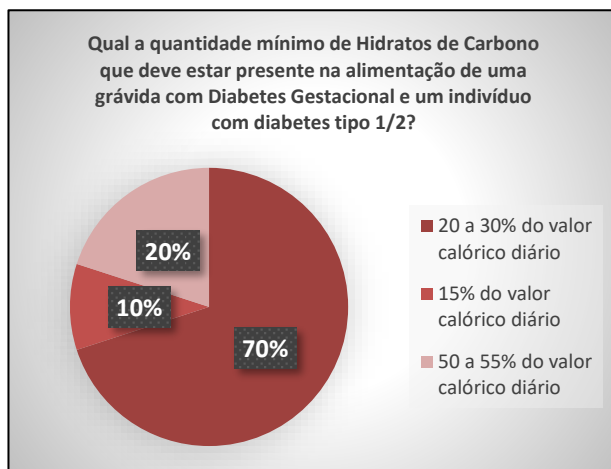
**GRÁFICO 1 – PERCENTAGEM DE RESPOSTAS CERTAS E ERRADAS NA TEMÁTICA DE NUTRIÇÃO NA DIABETES**



Fonte: elaborado pela mestranda

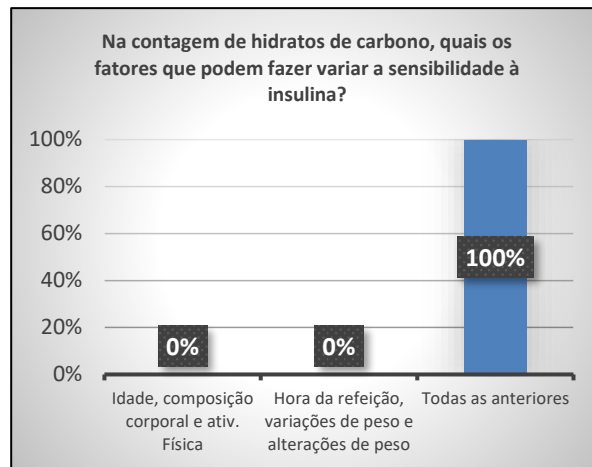
No entanto, ao fazermos a análise individual das quatro perguntas referentes ao tema Nutrição na diabetes, podemos verificar que apenas 2 enfermeiros (20%) responderam corretamente à pergunta 1, sobre a quantidade mínima de Hidratos de Carbono que uma pessoa com diabetes deve ingerir diariamente, tal como se pode verificar no gráfico 2. Esta foi a pergunta, desta área temática, com mais baixo número de respostas certas, sendo a contagem de hidratos de carbono, uma área a investir a nível do workshop. No que diz respeito à pergunta 2, sobre os fatores que influenciam a sensibilidade à insulina, os 10 enfermeiros (100%) responderam acertadamente (gráfico 3). A pergunta 3, sobre a complicação da diabetes que requer uma restrição do consumo de hortícolas e saladas, teve apenas 6 respostas corretas (60%), tal como está representado no gráfico 4. A última pergunta na área da nutrição questionava sobre quais os princípios gerais para um bom controlo glicémico, sendo que 7 enfermeiros (70%), responderam corretamente (gráfico 5).

**GRÁFICO 2 – PERGUNTA N.º 1 – NUTRIÇÃO**



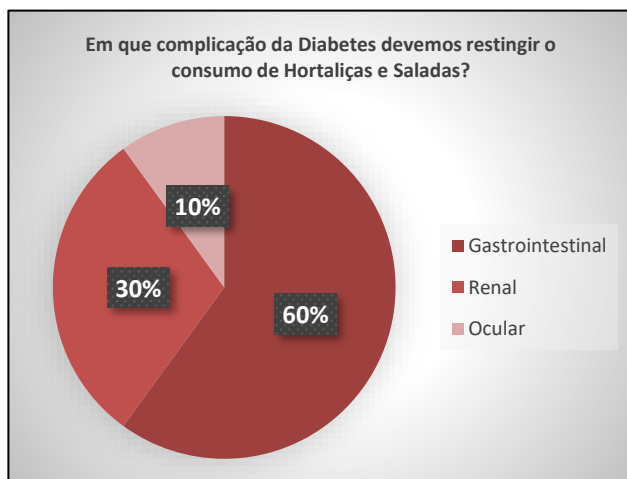
Fonte: elaborado pela mestranda

**GRÁFICO 3 – PERGUNTA N.º 2 - NUTRIÇÃO**



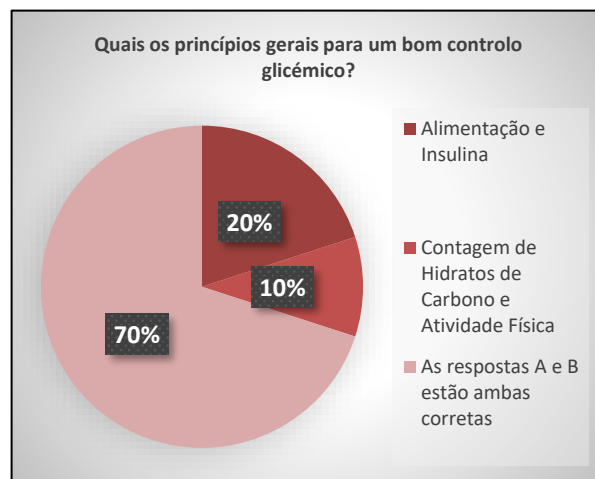
Fonte: elaborado pela mestranda

**GRÁFICO 4 – PERGUNTA N.º 3 - NUTRIÇÃO**



Fonte: elaborado pela mestranda

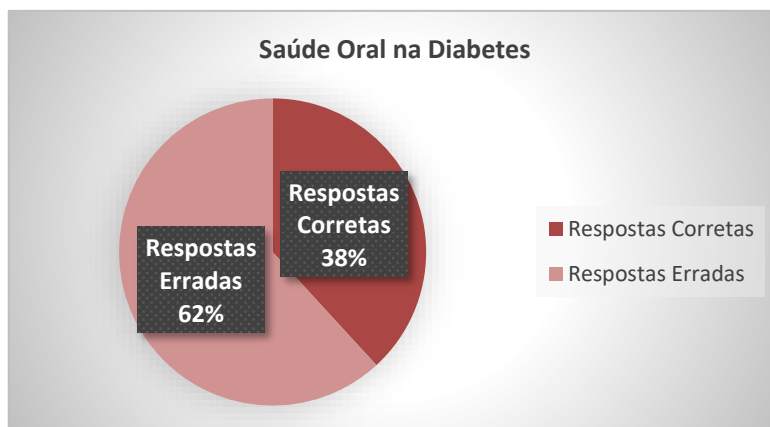
**GRÁFICO 5 – PERGUNTA N.º 4 - NUTRIÇÃO**



Fonte: elaborado pela mestranda

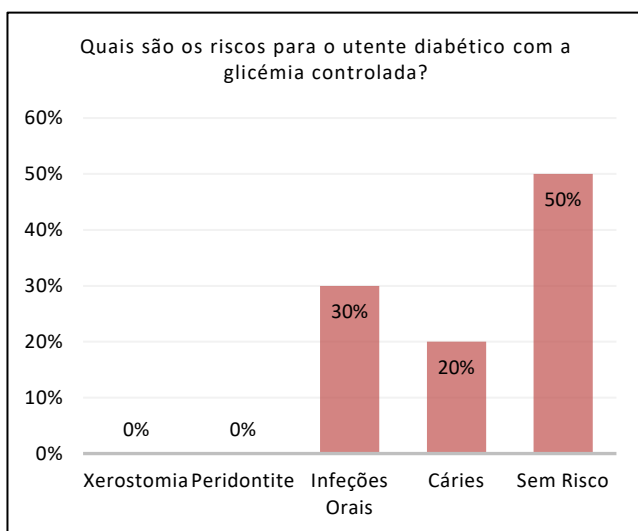
No que diz respeito à Saúde Oral, esta foi claramente a área com menor nível de conhecimentos, tendo alcançado uma percentagem de respostas certas geral de apenas 40% (gráfico 6). À pergunta número 5, sobre os riscos de saúde oral numa pessoa com as glicémias controladas, apenas metade dos formandos (5) responderam corretamente (gráfico 7). Na pergunta 6, que questionava sobre o porquê de as pessoas fumadoras deverem ter uma maior vigilância da sua saúde oral, 7 (70%) formandos responderam de forma correta (gráfico 8). Contudo, a totalidade dos formandos respondeu de forma incorreta à pergunta 7: “Devemos ter em conta algum ensino especial quando estamos com um utente com bom controlo glicémico?”.

**GRÁFICO 6 – PERCENTAGEM DE RESPOSTAS CERTAS E ERRADAS NA TEMÁTICA DE SAÚDE ORAL**



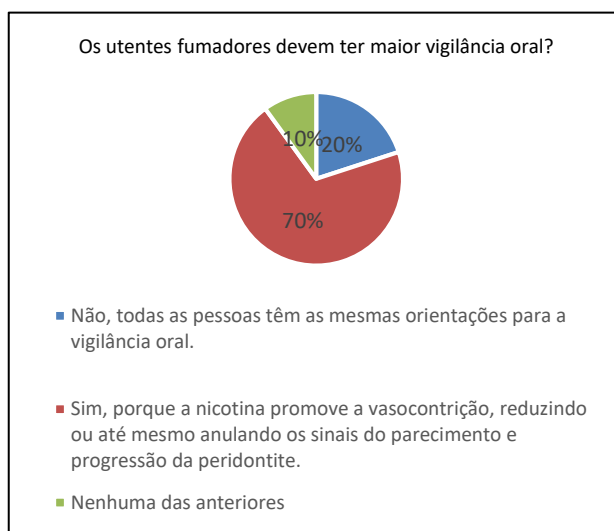
Fonte: Elaborado pela mestranda

**GRÁFICO 7 – PERGUNTA N.º 5 - SAÚDE ORAL**



Fonte: elaborado pela mestranda

**GRÁFICO 8 – PERGUNTA N.º 6 - SAÚDE**

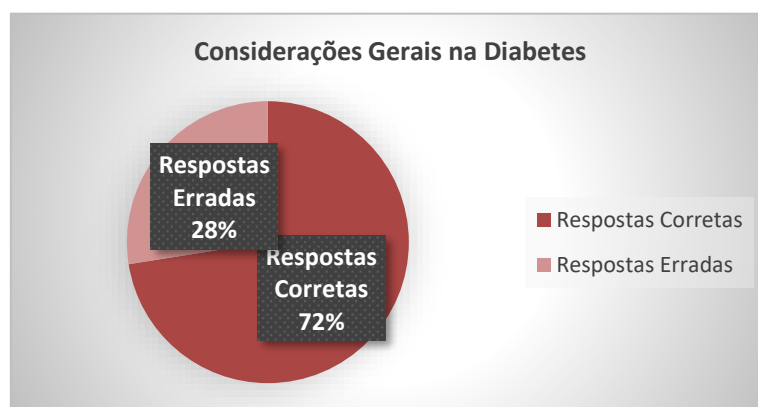


Fonte: elaborado pela mestranda

De facto, não encontramos estudos que sobre as intervenções de enfermagem na área da saúde oral à pessoa com diabetes, ajudando-nos a perceber o baixo nível de conhecimentos dos profissionais nesta área. Verificámos que a avaliação da cavidade oral é pouco focada na consulta de enfermagem de diabetes, contudo um estudo de Gomes, Teixeira, & Paço (2015), revelou a importância de focar a saúde oral nas consultas de acompanhamento das pessoas com diabetes de forma a prevenir e/ou tratar precocemente de doenças bucais. Por essa razão, esta deve ser outra das áreas a investir na formação dos profissionais.

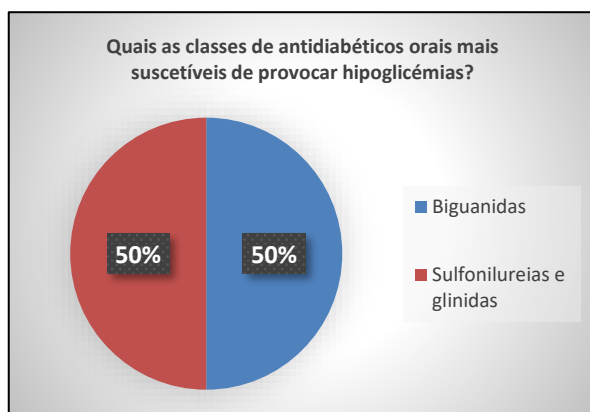
As Considerações Gerais sobre a Diabetes foi a área que maior percentagem de respostas certas atingiu (72,5%), tal como se pode verificar no gráfico 9. Relativamente à pergunta 8, sobre os critérios de glicémia em jejum, os 10 enfermeiros (100%) responderam corretamente. A pergunta seguinte, que questiona sobre a classe de antidiabéticos orais mais suscetíveis de provocar hipoglicémias, apenas cinco dos formandos (50%) respondeu corretamente, tal como se pode verificar no gráfico 10. À pergunta número 10, sobre insulinas de ação prolongada, sete enfermeiros (70%) responderam corretamente, apontando dois exemplos. Os restantes não responderam ou responderam de forma incompleta. Na pergunta 11, sobre a forma de conservação da insulina, sete enfermeiros (70%) responderam acertadamente (gráfico 11).

**GRÁFICO 9 – PERCENTAGEM DE RESPOSTAS CERTAS E ERRADAS NA TEMÁTICA DE CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE DIABETES**



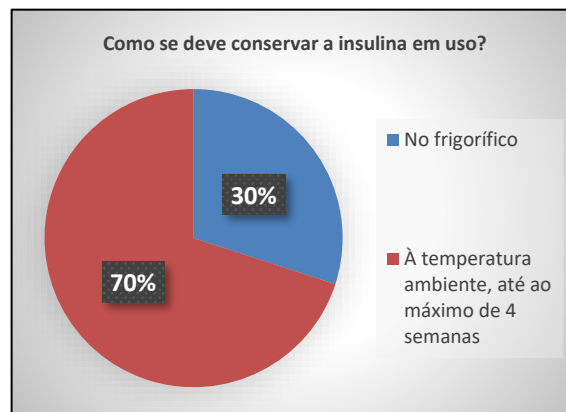
Fonte: Elaborado pela mestranda

**GRÁFICO 10 – PERGUNTA N.º 9**



FONTE: ELABORADO PELA MESTRANDA

**GRÁFICO 11 – PERGUNTA N.º 11**



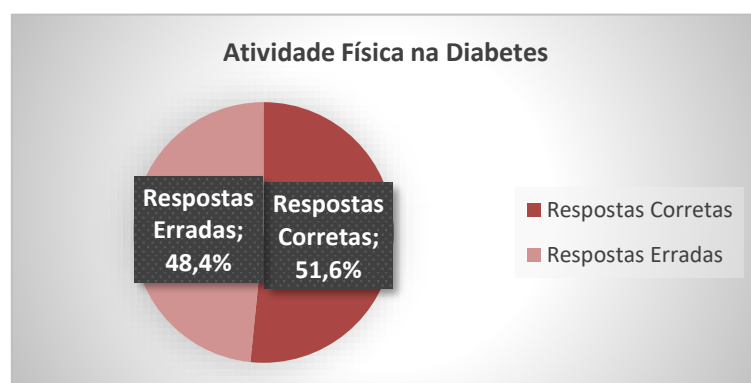
FONTE: ELABORADO PELA MESTRANDA

Relativamente à Atividade Física, verificou-se que foi a 2ª área temática com menor percentagem de respostas corretas (51,6%). À pergunta 12, sobre os momentos em que a pessoa com



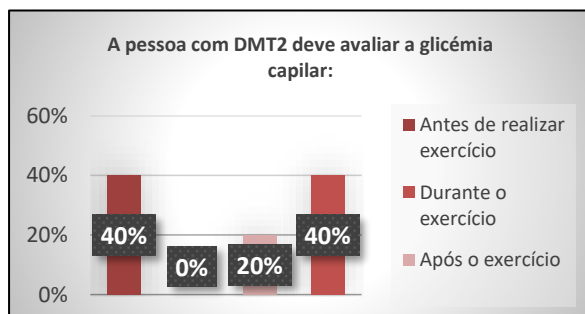
DMT2 deve avaliar a glicémia capilar quando faz exercício, apenas 4 (40%) enfermeiros deram uma resposta correta (gráfico 13). Na pergunta seguinte, sobre qual a melhor altura para realizar exercício, seis enfermeiros (60%) responderam corretamente, tal como se pode verificar no gráfico 14. Na pergunta 14 “Um utente que toma insulina, deve fazer exercício na altura do pico de ação da insulina?”, a totalidade dos enfermeiros respondeu corretamente, escolhendo a opção falso, como resposta. Quando questionados sobre os efeitos da prática regular de exercício físico no controlo glicémico, apenas 2 enfermeiros (20%) responderam corretamente, tal como podemos verificar no gráfico 15. À questão sobre qual o melhor tipo de exercício físico para uma pessoa com DMT2, 8 enfermeiros (80%) responderam de forma acertada que este deve contemplar, preferencialmente, uma combinação de exercício aeróbio, resistência e flexibilidade. Relativamente à última questão sobre a intensidade de realização de exercício, também 8 dos enfermeiros (80%) respondeu corretamente (gráfico 17).

**GRÁFICO 12 – PERCENTAGEM DE RESPOSTAS CERTAS E ERRADAS NA TEMÁTICA ATIVIDADE FÍSICA NA DIABETES**



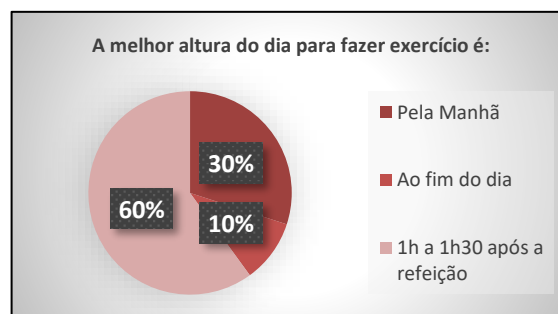
Fonte: Elaborado pela mestranda

**GRÁFICO 13 – PERGUNTA N.º 12 – ATIVIDADE FÍSICA**



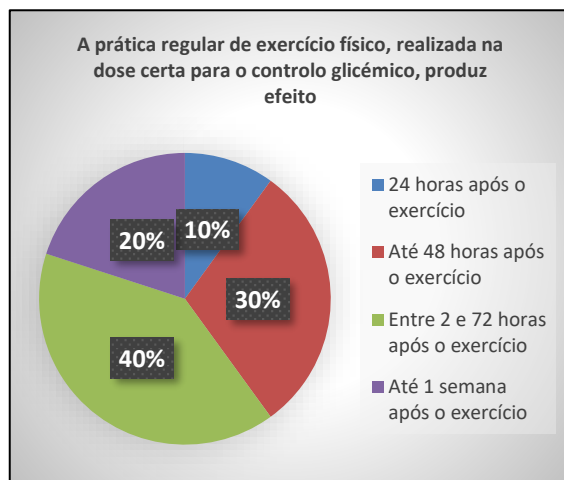
Fonte: elaborado pela mestranda

**GRÁFICO 14 – PERGUNTA N.º 13 – ATIVIDADE FÍSICA**



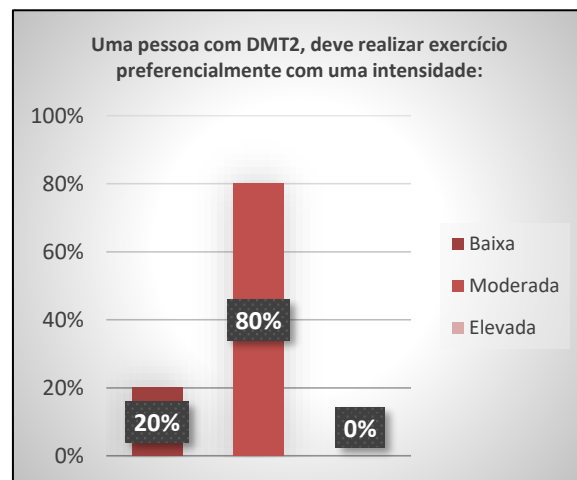
Fonte: elaborado pela mestranda

GRÁFICO 15 – PERGUNTA N.º 15 – ATIVIDADE FÍSICA



Fonte: elaborado pela mestranda

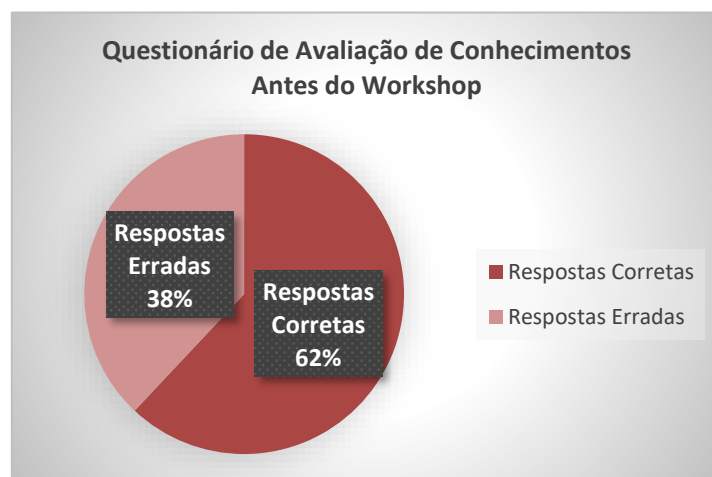
GRÁFICO 16 – PERGUNTA N.º 17 – ATIVIDADE FÍSICA



Fonte: elaborado pela mestranda

Analisando o questionário de forma global, verifica-se uma taxa de 62% de respostas corretas (gráfico 17).

GRÁFICO 17 – PERCENTAGEM TOTAL DE RESPOSTAS CERTAS E ERRADAS NO QUESTIONÁRIO ANTES DO WORKSHOP



Fonte: elaborado pela mestranda

### 5.3 Workshop “Formar para Educar em Diabetes”

Após a aplicação do questionário de avaliação de conhecimentos dos enfermeiros sobre a diabetes, realizou-se o workshop “Formar para Educar em Diabetes”. Foram realizadas duas sessões estipuladas inicialmente, e os enfermeiros inscritos participaram em ambas as sessões.

A primeira sessão do workshop foi sobre a Higiene Oral e a Nutrição na Diabetes e a segunda sobre as Considerações Gerais em Diabetes e a Atividade Física, sendo que os seus objetivos passam por:

- Promover o reconhecimento da equipa multidisciplinar que acompanha a pessoa com diabetes nos cuidados de saúde primários e hospitalares;
- Promover a articulação de cuidados em consulta de enfermagem de diabetes;
- Uniformizar a linguagem e as intervenções no âmbito das consultas de enfermagem de diabetes;
- Aprofundar conhecimentos na área da Diabetes Mellitus;

O plano de sessão do workshop encontra-se em apêndice (Apêndice 5).

No fim de cada sessão, procedeu-se à sua avaliação através do preenchimento de um questionário de satisfação (apêndice 8) por parte dos formandos.

#### **5.4 Outras Atividades do Projeto**

No decurso do estágio e da operacionalização deste projeto de intervenção, foi ainda elaborado um Manual de Apoio ao workshop, elaborado pela mestranda com a colaboração dos peritos que colaboraram na formação, onde estão presentes todos os conteúdos que neles foram abordados (Apêndice 6). Este foi entregue aos formandos na primeira sessão realizada, impresso e em PDF, via email, garantindo que os enfermeiros pudessem retirar apontamentos no mesmo, no decurso das sessões e para que pudessem reler, consultar e partilhar sempre que quiserem.

Os resultados deste estudo foram apresentados não só aos enfermeiros que se inscreveram no workshop, mas também aos restantes enfermeiros do ACESA, que realizam a consulta de enfermagem de diabetes.

De acordo com o previsto na Unidade Curricular de Estágio foi também elaborado um artigo científico intitulado “Informação à pessoa com diabetes tipo 2: Cuidados de saúde Primários vs Hospital” (o resumo encontra-se no Apêndice 7). Trata-se de um artigo cujo o objetivo é verificar se a informação fornecida à pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2, nos cuidados de saúde primários e hospital é uniforme. A realização deste artigo foi uma mais-valia na realização deste

relatório, pois permitiu perceber se, de fato, a informação passada em contexto de cuidados de saúde primários vai ao encontro da transmitida nos cuidados de saúde hospitalares e vice-versa. Exigiu uma nova pesquisa bibliográfica, assim como uma revisão da bibliografia já pesquisada, nos últimos 5 anos. Foi um artigo difícil de elaborar, pois não é uma área na qual haja muito trabalho desenvolvido, tendo sido por si só um desafio, na sua elaboração.

### **5.5 Seguimento “Follow up” do Projeto**

Ao longo da realização, planeamento e implementação do projeto foi sendo realizado o acompanhamento do mesmo, para que se pudessem avaliar as intervenções e realizando as alterações necessárias à sua concretização, possibilitando melhorar as atividades e alcançar os objetivos traçados.

No decorrer da implementação do projeto e das intervenções houve necessidade de adaptar as datas e horas das sessões do workshop, de acordo com as disponibilidades dos enfermeiros e dos oradores, simultaneamente. Por outro lado, também os conteúdos da segunda sessão foram adaptados, indo ao encontro dos pedidos verbais dos enfermeiros, na primeira sessão, onde expressaram que gostariam que a formação fosse mais “prática” e “interativa”. Todavia, o *follow up* do projeto respeitou os recursos disponíveis, assim como os custos previamente contemplados, na análise orçamental efetuada no início do planeamento.

Relativamente à continuidade do projeto, seria uma mais-valia reforçar a formação no âmbito da temática da saúde oral, visto ter sido a área que demonstrou mais déficits de conhecimentos, não tendo havido melhoria após a concretização do ciclo formativo.



## 6. AVALIAÇÃO

A avaliação é a fase do Planeamento de Saúde, onde se realiza uma confrontação entre objetivos e estratégias, ao nível da adequação (Tavares, 1990), de forma a verificar o grau de sucesso na concretização dos objetivos fixados, de acordo com os critérios estabelecidos.

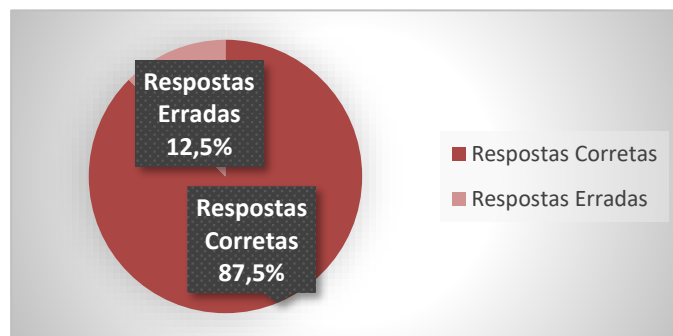
Apesar de não ser fácil, a avaliação de um projeto deve fazer-se “ao longo e no final de um processo de planeamento e de implementação” (Tavares, 1990, p. 210). O mesmo autor defende que a maioria dos elementos utilizados na avaliação, formalizam-se por indicadores, normalmente divididos em indicadores de resultado, e em indicadores de execução ou atividade, materializando-se numa “avaliação objetiva, de carácter dedutivo e quantitativo” (Tavares, 1990, p.205). Outro tipo de avaliação a considerar ao nível da intervenção é satisfação e aceitabilidade por parte do grupo alvo de intervenção (Tavares, 1990).

Para a avaliação foram utilizados dois instrumentos de avaliação: o questionário de avaliação de conhecimentos sobre a diabetes (apêndice 9) e o questionário de satisfação (apêndice 8). Ambos foram aplicados num único momento e de forma direta, isto é, pelos próprios enfermeiros, no final da última sessão do workshop (25/01/2019).

Após terminar o ciclo formativo, aplicámos novamente os questionários de avaliação de conhecimentos, de forma a conseguir avaliar o ganho de conhecimento obtido com a realização do workshop. Nesse sentido, vamos agora apresentar os resultados do questionário de conhecimentos aplicado após a realização do workshop.

Relativamente às perguntas sobre Nutrição na diabetes, tal como se pode verificar no gráfico 18, obteve-se uma percentagem de 87,5%, havendo um aumento de 25% de respostas certas, em comparação com os resultados obtidas na aplicação do questionário antes da realização do workshop (62,5%), tal como podem verificar no gráfico 1.

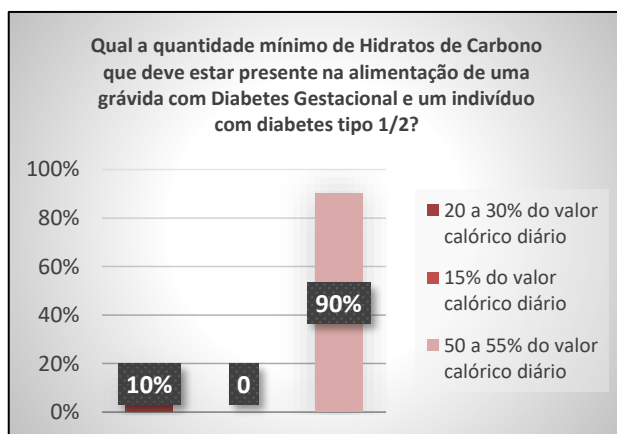
**GRÁFICO 18 – PERCENTAGEM DE RESPOSTAS CERTAS E ERRADAS NA TEMÁTICA DE NUTRIÇÃO NA DIABETES**



Fonte: elaborado pela mestranda

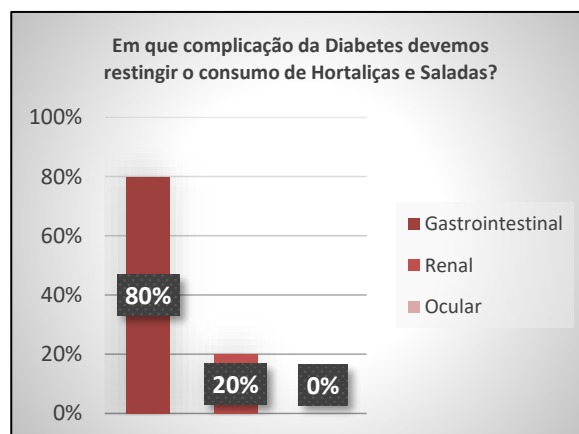
Fazendo a análise individual das quatro perguntas referentes ao tema Nutrição na diabetes, podemos verificar que apenas 9 dos enfermeiros (90%) responderam corretamente à pergunta 1 (gráfico 19), sobre a quantidade mínima de Hidratos de Carbono que uma pessoa com diabetes deve ingerir diariamente, tendo havido um aumento de 60% de respostas certas, face ao registado no questionário aplicado antes do workshop (gráfico 2). No que diz respeito à pergunta 2, sobre os fatores que influenciam a sensibilidade à insulina, os 10 enfermeiros (100%) voltaram a responder acertadamente, sendo a representação gráfica sobreponível aos dados do gráfico 3. A pergunta 3, sobre a complicação da diabetes que requer uma restrição do consumo de hortícolas e saladas, houve um aumento de 20% de respostas certas, com 8 enfermeiros a responder acertadamente à questão, tal como se pode verificar no gráfico 20. A última pergunta na área da nutrição questionava sobre quais os princípios gerais para um bom controlo glicémico, sendo que se obteve um aumento de 20% de respostas certas, com um total de 9 enfermeiros (90%), a responderem corretamente (gráfico 21).

**GRÁFICO 19 – PERGUNTA N.º 1 - NUTRIÇÃO**



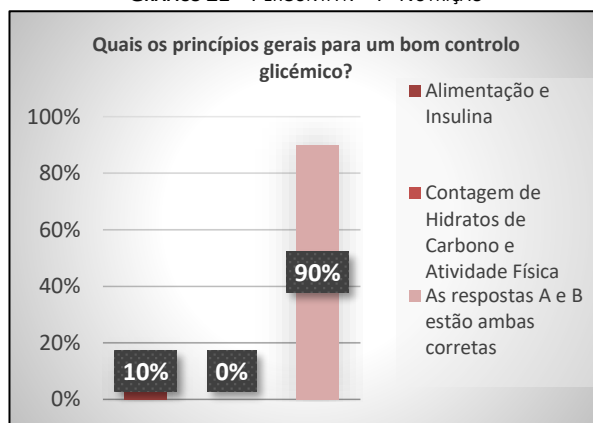
Fonte: elaborado pela mestranda

**GRÁFICO 20 – PERGUNTA N.º 3 - NUTRIÇÃO**



Fonte: elaborado pela mestranda

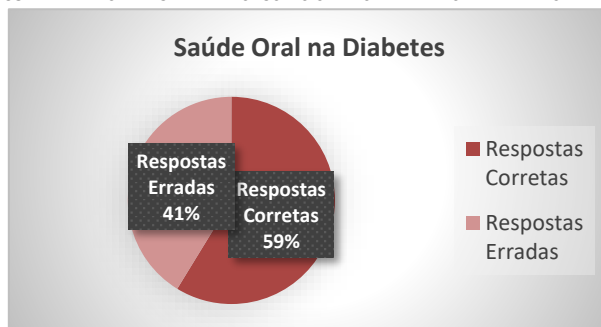
**GRÁFICO 21 – PERGUNTA N.º 4 - NUTRIÇÃO**



Fonte: elaborado pela mestrand

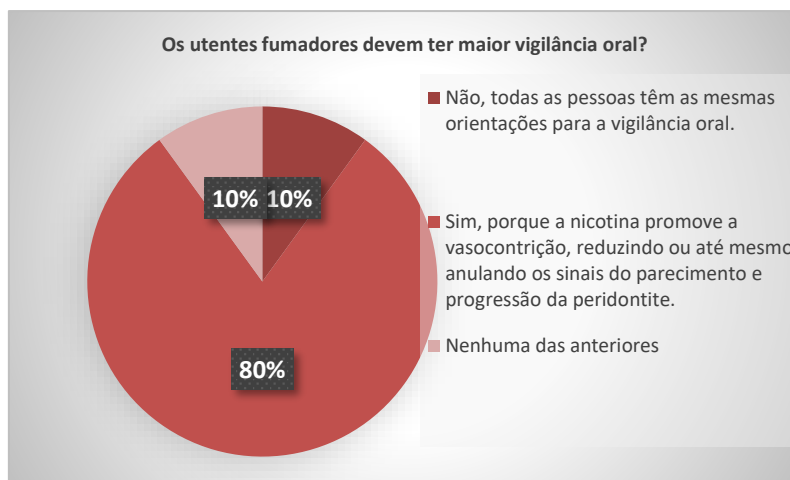
No que diz respeito à Saúde Oral, apesar de ter havido uma percentagem de respostas certas superior, o nível de conhecimento ficou muito aquém do esperado, obtendo 47% de respostas corretas, de forma global, com um aumento de apenas 7% de respostas corretas (gráfico 22), face ao primeiro momento de avaliação. À pergunta número 5, sobre os riscos de saúde oral numa pessoa com as glicémias controladas, as respostas mantiveram-se iguais, com apenas metade dos formandos (5) a responderem corretamente (sobreponível ao gráfico 7). Na pergunta 6, que questionava sobre o porquê de as pessoas fumadoras deverem ter uma maior vigilância da sua saúde oral, 8 (80%) formandos responderam de forma correta, havendo um aumento de 10% de respostas corretas (gráfico 23). Relativamente à última pergunta “Devemos ter em conta algum ensino especial quando estamos com um utente com bom controlo glicémico?”, apenas 1 pessoa respondeu corretamente, escolhendo a opção “Sim, porque a nicotina promove a vasoconstrição, reduzindo ou até mesmo anulando os sinais do aparecimento e progressão da periodontite”, tendo havido um aumento de 10% das respostas corretas, pois no primeiro momento de avaliação nenhum respondeu corretamente.

**GRÁFICO 22 – PERCENTAGEM DE RESPOSTAS CERTAS E ERRADAS NA TEMÁTICA DE SAÚDE ORAL**



Fonte: Elaborado pela mestrand

**GRÁFICO 23 – PERGUNTA N.º 6 - SAÚDE**



Fonte: elaborado pela mestrandia

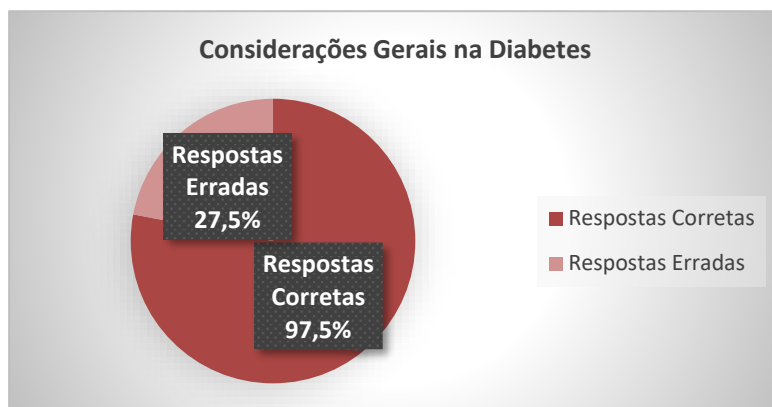
De facto, não encontrámos estudos que sobre as intervenções de enfermagem na área da saúde oral à pessoa com diabetes, ajudando-nos a perceber o baixo nível de conhecimentos dos profissionais nesta área. Verificámos que a avaliação da cavidade oral é pouco focada na consulta de enfermagem de diabetes, contudo um estudo de Gomes, Teixeira, & Paçô (2015), revelou a importância de focar a saúde oral nas consultas de acompanhamento das pessoas com diabetes de forma a prevenir e/ou tratar precocemente de doenças bucais. Por essa razão, esta deve ser outra das áreas a investir na formação dos profissionais.

Apesar de a temática “Considerações Gerais sobre a Diabetes” ter sido a área que maior percentagem de respostas certas atingiu (72,5%) no primeiro momento de avaliação (gráfico 9), verificámos um aumento de 25% nas respostas corretas, tal como se pode verificar no gráfico 24. Relativamente à pergunta 8, sobre os critérios de glicémia em jejum, as respostas foram sobreponíveis com as do primeiro momento de avaliação, sendo que os 10 enfermeiros (100%) responderam corretamente. Na pergunta seguinte, que questiona sobre a classe de antidiabéticos orais mais suscetíveis de provocar hipoglicémias, e onde apenas cinco dos formandos (50%) tinha respondido corretamente no primeiro questionário, verificámos agora um aumento de 40% de respostas corretas, sendo que 9 dos enfermeiros (90%) responderam corretamente à pergunta no segundo momento de avaliação, tal como se pode verificar no gráfico 25. À pergunta número 10, sobre insulinas de ação prolongada, obtivemos um aumento de 30% de respostas certas, visto que os dez enfermeiros (100%) responderam corretamente, apontando dois exemplos. Na pergunta 11, sobre a forma de conservação da insulina, também a totalidade dos



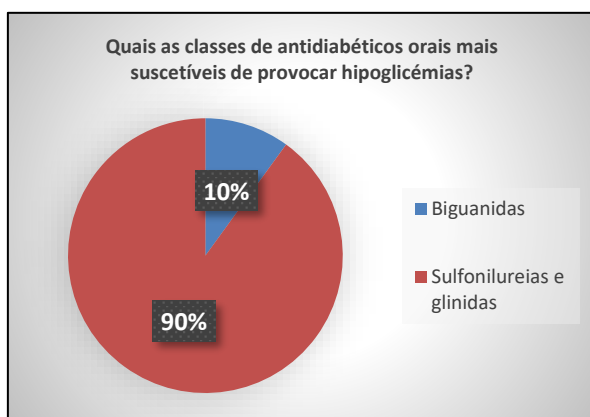
enfermeiros responderam acertadamente, tendo havido um aumento de 30% de respostas certas face ao primeiro questionário de conhecimentos (gráfico 26).

**GRÁFICO 24** – PERCENTAGEM DE RESPOSTAS CERTAS E ERRADAS NA TEMÁTICA DE CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE DIABETES



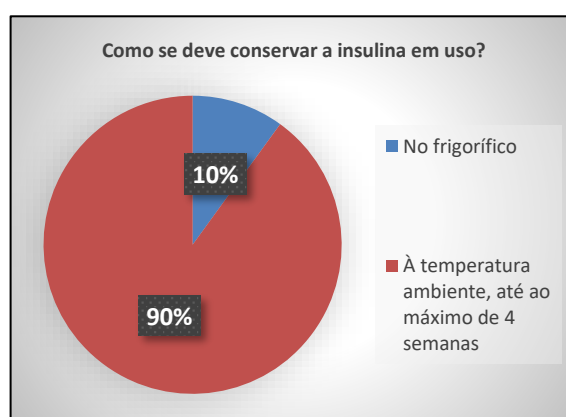
Fonte: Elaborado pela mestranda

**GRÁFICO 25** – PERGUNTA N.º 9



Fonte: elaborado pela mestranda

**GRÁFICO 26** – PERGUNTA N.º 11

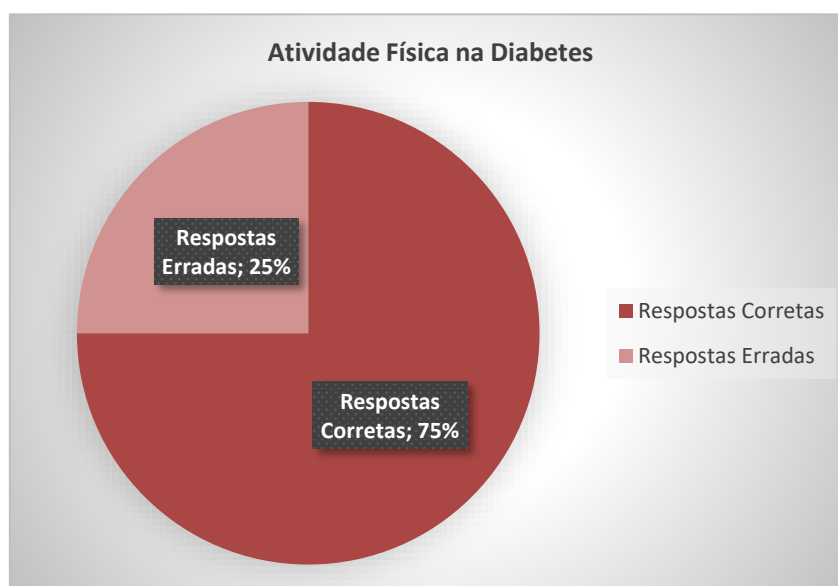


Fonte: elaborado pela mestranda

Relativamente à Atividade Física, verificou-se que foi, novamente, a 2ª área temática com menor percentagem de respostas corretas (75%), apesar de se verificar um aumento de 23,4% das respostas corretas (gráfico 27), face ao primeiro momento de avaliação (gráfico 12). À pergunta 12, sobre os momentos em que a pessoa com DMT2 deve avaliar a glicémia capilar quando faz exercício, sete enfermeiros (70%) responderam corretamente (gráfico 28), tendo sido verificado um aumento de 30% no número de respostas corretas em comparação à avaliação de conhecimentos antes da formação (gráfico 27). Na pergunta seguinte, sobre qual a melhor altura para realizar exercício, verificámos que as respostas se mantiveram inalteradas, sendo que

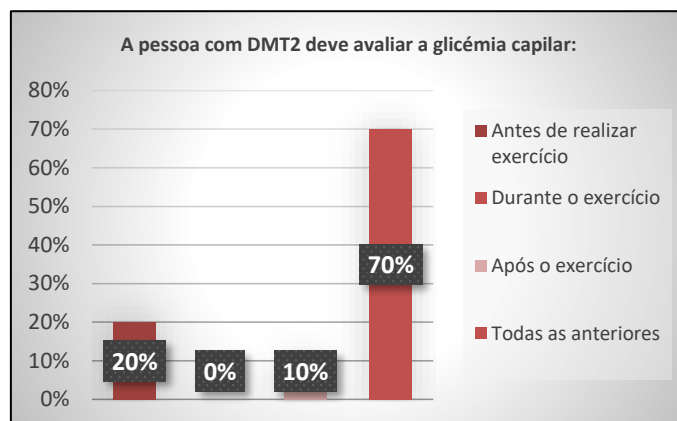
apenas seis enfermeiros (60%) responderam corretamente, encontrando-se os dados sobreponíveis com os representados no gráfico 14. Na pergunta 14 “Um utente que toma insulina, deve fazer exercício na altura do pico de ação da insulina?”, as respostas dadas foram as mesmas, tendo a totalidade dos enfermeiros respondido corretamente, escolhendo a opção falso, como resposta. Quando questionados sobre os efeitos da prática regular de exercício físico no controlo glicémico, apenas verificámos um aumento de 10% nas respostas corretas, sendo que apenas 3 enfermeiros (30%) responderam corretamente, tal como podemos verificar no gráfico 28. À questão sobre qual o melhor tipo de exercício físico para uma pessoa com DMT2, verificámos também uma melhoria da taxa de respostas corretas de 10%, uma vez que 9 enfermeiros (90%) responderam de forma acertada que este deve contemplar, preferencialmente, uma combinação de exercício aeróbio, resistência e flexibilidade. Relativamente à última questão sobre a intensidade de realização de exercício, obtivemos um aumento de 20% das respostas certas, visto que a totalidade dos enfermeiros (80%) respondeu corretamente (gráfico 29).

**GRÁFICO 27 –** PERCENTAGEM DE RESPOSTAS CERTAS E ERRADAS NA TEMÁTICA ATIVIDADE FÍSICA NA DIABETES



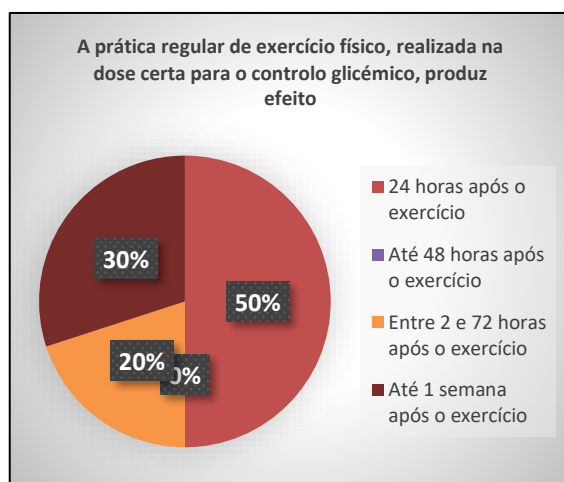
Fonte: Elaborado pela mestranda

GRÁFICO 28 – PERGUNTA N.º 12 – ATIVIDADE FÍSICA



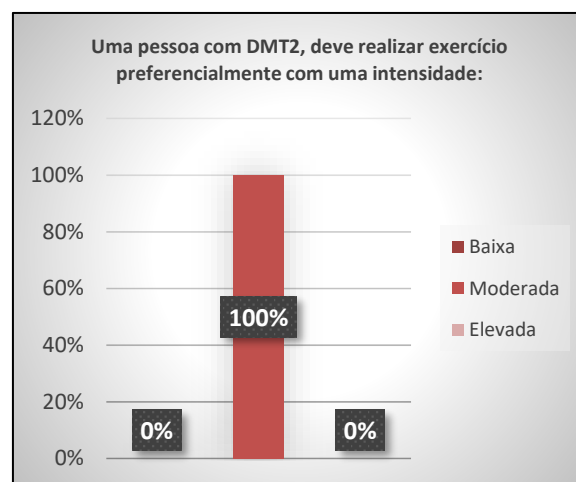
Fonte: elaborado pela mestranda

GRÁFICO 29 – PERGUNTA N.º 15 – ATIVIDADE FÍSICA



Fonte: elaborado pela mestranda

GRÁFICO 30 – PERGUNTA N.º 17 – ATIVIDADE FÍSICA



Fonte: elaborado pela mestranda

Analisando o questionário de forma global, verifica-se uma taxa de 78% de respostas corretas (gráfico 30), verificando-se um aumento de 16% de respostas corretas, face aos resultados do primeiro questionário de avaliação de conhecimentos (gráfico 17).

**GRÁFICO 31 – PERCENTAGEM TOTAL DE RESPOSTAS CERTAS E ERRADAS NO QUESTIONÁRIO ANTES DO WORKSHOP**



Fonte: elaborado pela mestranda

Relativamente à avaliação dos indicadores de resultado, observou-se uma evolução positiva nas taxas de respostas positivas, face aos resultados obtidos na aplicação do questionário antes do workshop, verificando-se assim um aumento, na percentagem de respostas certas em todos os domínios (Tabela 6).

**TABELA 6 - INDICADORES DE RESULTADO**

Indicadores de Resultado	Metas	Resultado
Taxa de respostas certas no questionário de avaliação de conhecimentos, no final do workshop;	Que 75% dos enfermeiros respondam corretamente às perguntas do questionário, no final do ciclo formativo;	<b>Atingido, com 78% de respostas corretas</b>
Taxa de respostas certas sobre Nutrição na diabetes, no final do workshop;	Que 75% dos enfermeiros adquiram conhecimentos acerca dos ensinamentos sobre Nutrição na Diabetes, no final do ciclo formativo;	<b>Atingido, com 87,5% de respostas</b>
Taxa de respostas certas sobre as Considerações Gerais em diabetes, no final do workshop;	Que 75% dos enfermeiros adquiram conhecimentos sobre as Considerações Gerais em diabetes, no final do workshop;	<b>Atingido, com 97,5% de respostas corretas</b>
Taxa de respostas certas sobre Saúde Oral na Diabetes, no final do workshop;	Que 75% dos enfermeiros adquiram conhecimentos sobre Saúde Oral na Diabetes, no final do workshop;	<b><u>Não Atingido</u>, com 47% de respostas corretas</b>



<b>Taxa de respostas certas sobre Atividade Física na diabetes, no final do workshop;</b>	Que 75% dos enfermeiros adquiram conhecimentos sobre Atividade Física na diabetes, no final do workshop;	<b>Atingido, com 75% de respostas corretas</b>
---	--	--

Apesar de se ter verificado um aumento do nível de conhecimento em todos os domínios, verificamos que no âmbito da Saúde Oral não atingimos o resultado que nos propusemos (75% de respostas corretas), não conseguindo mais que 47% de respostas corretas. Desta forma, consideramos que esta deverá ser uma área de formação a apostar com os profissionais, visto que como já referido neste capítulo, é uma temática que deve ser abordada no acompanhamento da pessoa com DM. Por outro lado, também a temática da Atividade Física, deve ser uma área a trabalhar a nível da formação, uma vez que apesar de termos conseguido alcançar o resultado proposto, este foi atingido tangencialmente, demonstrando que ainda há uma enorme margem de progressão e assimilação de conhecimento.

No que diz respeito à avaliação dos indicadores de atividade, observou-se uma taxa excelente (100%) de adesão e participação às atividades propostas (Tabela 7).

**TABELA 7 - INDICADORES DE ATIVIDADE**

Indicadores de Resultado	Metas	Resultado
<b>Taxa de Participação na atividade;</b>	Que o workshop tenha uma taxa de participação igual a 80%;	<b>Atingido, com uma taxa de participação de 100%</b>
<b>Taxa de Satisfação sobre o workshop;</b>	Que 100% dos formandos avaliem o workshop positivamente;	<b>Atingido, 100% dos enfermeiros avaliaram o workshop positivamente</b>
<b>Taxa de Sessões Realizadas;</b>	Que se realizem 100% das sessões planeadas para a concretização do workshop;	<b>Atingido, com de 100% das sessões planeadas, concretizadas</b>

Relativamente à avaliação da satisfação como projeto, verificou-se que 100% dos enfermeiros, avaliaram positivamente o workshop “Formar para Educar em Diabetes”, em ambas as sessões, tal como se pode verificar nas tabelas 8 e 9.

**TABELA 8 – RESULTADOS QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO SESSÃO 1**

A. Conteúdo Programático	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau	Total
Qualidade dos conteúdos	60%	40%	0%	0%	0%	100%
Estrutura dos conteúdos	40%	60%	0%	0%	0%	100%
Duração da formação	20%	70%	10%	0%	0%	100%

B. Organização da ação	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau	Total
Qualidade das instalações	10%	70%	20%	0%	0%	100%
Equipamentos didáticos	40%	50%	10%	0%	0%	100%
Qualidade do workshop	40%	60%	0%	0%	0%	100%
Qualidade do workshop	0%	80%	10%	0%	0%	100%

C. Formador	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau	Total
Clareza da apresentação	80%	20%	0%	0%	0%	100%
Domínio dos temas desenvolvidos	70%	30%	0%	0%	0%	100%
Documentação e Bibliografia	70%	30%	0%	0%	0%	100%
Capacidade de esclarecer dúvidas	50%	30%	0%	0%	0%	100%
Pontualidade	40%	40%	20%	0%	0%	100%

D. Resultados e Expetativas	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau	Total
Temáticas abordadas face às expetativas	80%	10%	10%	0%	0%	100%
Utilidade prática do workshop	60%	30%	10%	0%	0%	100%

E. Conteúdo Programático	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau	Total
Globalmente a ação de formação	60%	20%	10%	0%	0%	100%

F. Este workshop permitiu-lhe a aquisição de novos conhecimentos?				Total
Sim				100%
Não				0%

Fonte: Elaborada pela mestranda

TABELA 9 – RESULTADOS QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO Sessão 2

A. Conteúdo Programático	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau	Total
Qualidade dos conteúdos	50%	50%	0%	0%	0%	100%
Estrutura dos conteúdos	50%	50%	0%	0%	0%	100%
Duração da formação	30%	50%	20%	0%	0%	100%

B. Organização da ação	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau	Total
Qualidade das instalações	10%	70%	20%	0%	0%	100%
Equipamentos didáticos	30%	60%	1%	0%	0%	100%
Qualidade do workshop	40%	60%	0%	0%	0%	100%
Qualidade do workshop	40%	50%	10%	0%	0%	100%

C. Formador	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau	Total
Clareza da apresentação	80%	20%	0%	0%	0%	100%
Domínio dos temas desenvolvidos	70%	30%	0%	0%	0%	100%
Documentação e Bibliografia	70%	30%	0%	0%	0%	100%
Capacidade de esclarecer dúvidas	70%	30%	0%	0%	0%	100%
Pontualidade	40%	50%	10%	0%	0%	100%

D. Resultados e Expetativas	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau	Total
Temáticas abordadas face às expetativas	40%	60%	0%	0%	0%	100%
Utilidade prática do workshop	40%	50%	1%	0%	0%	100%

E. Conteúdo Programático	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau	Total
Globalmente a ação de formação	60%	40%	0%	0%	0%	100%

F. Este workshop permitiu-lhe a aquisição de novos conhecimentos?	Total
Sim	100%
Não	0%

As respostas obtidas demonstraram que os enfermeiros classificaram, no geral, as sessões, os conteúdos programáticos, as instalações e os oradores, de forma positiva, validando que este workshop lhes permitiu adquirir novos conhecimentos na área da diabetes.

### CAPÍTULO III - REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Ao longo desta caminhada e na reta final da elaboração deste relatório, é importante refletir sobre as competências desenvolvidas e mobilizadas que me irão encaminhar à obtenção do grau de mestre e do título de especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

Importa referir que, em cada área de especialidade em enfermagem, os enfermeiros desenvolvem um conjunto de competências comuns que alicerçam a sua prática de cuidados, da qual fazem parte os domínios da responsabilidade profissional, da ética e deontologia, melhoria contínua da qualidade, da gestão de cuidados e do desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

Relativamente às competências **do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, podemos afirmar que foi sempre tida em conta uma postura profissional séria, através do respeito pelos princípios éticos, direitos humanos e cumprimento do Código Deontológico dos enfermeiros. Nesse sentido, as decisões foram sempre em equipa e em prol da mesma, tendo sido efetuadas reuniões frequentes com a responsável da formação, ir ao encontro das necessidades dos profissionais, de acordo com os recursos disponíveis. Houve também a oportunidade de participar na reunião de enfermagem da Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes, onde conseguimos recolher e validar informação sobre os objetivos desta unidade e quais os seus projetos e necessidades. Importa referir que foi mantida a privacidade e anonimato dos participantes, em todas as atividades desenvolvidas, assegurando a confidencialidade das informações recolhidas e dados tratados. A validação do consentimento informado foi uma condição obrigatória para a realização das intervenções delineadas, ficando claro que quem quisesse desistir, poderia fazê-lo quando bem entendesse. Para além disto, foi também efetuado um pedido de parecer à Comissão de Ética da ARSLVT, ao qual foi dado aval positivo, e respeitado o regulamento de proteção de dados, através da omissão dos dados que poderiam identificar locais ou intervenientes neste projeto.

No que diz respeito ao **domínio da Melhoria da Qualidade**, consideramos que a implementação deste projeto de intervenção trouxe contributos positivos na melhoria dos cuidados prestados pelos enfermeiros, na consulta de diabetes. Para a sua concretização, foram consultadas as normas orientadoras do serviço e procedeu-se à revisão da literatura mais atual e pertinente e consulta de outras fontes de informação, como os Planos de Saúde Regional e o programa SINUS, com vista a uma intervenção devidamente fundamentada. Assumimos um papel de dinamização, através da gestão das atividades e recursos humanos e materiais necessários à



concretização dos objetivos, e uma postura proativa com o intuito de promover o envolvimento dos participantes, fomentando um ambiente seguro. O ciclo formativo construído pode ser replicado pela equipa multidisciplinar dos cuidados de saúde primários e hospitalar, tendo o auxílio do manual de apoio à formação, com vista a dar continuidade ao projeto.

Participamos também numa reunião da Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes, onde foi possível conhecer quais os seus objetivos, metodologia de trabalho e necessidades formativas.

No **domínio da gestão dos cuidados**, assumimos uma postura de liderança no âmbito da gestão e implementação do projeto, na identificação dos recursos humanos e materiais disponíveis e sua rentabilização e gestão das atividades. Foram também estabelecidos os contatos com estruturas envolvidas, tais como o Serviço de Formação do ACESA e o Gabinete de Investigação e Desenvolvimento Hospitalar, de forma a envolvê-los no projeto. O ciclo formativo foi organizado em duas sessões, agendadas de acordo com as disponibilidades dos profissionais, de forma a facilitar a participação do maior número possível de inscrições. Na segunda sessão, foram realizados pequenos ajustes, de acordo com o *feedback* que os profissionais nos deram na primeira sessão, de forma a ir ao encontro das necessidades e expectativas dos mesmos.

No **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, consideramos que o caminho percorrido foi repleto de aprendizagens resultantes do comprometimento pessoal e empenho profissional. O artigo de revisão integrativa da literatura realizado acerca informação transmitida, pelos enfermeiros, à pessoa com diabetes na consulta de enfermagem nos cuidados de saúde primários e hospitalares, forneceu-nos evidência científica que suportou a concretização de um projeto de intervenção alicerçado numa prática segura. O ciclo formativo revelou-se facilitador de aprendizagem, através da partilha de conhecimentos por parte de um enfermeiro, um nutricionista, uma higienista oral e uma fisioterapeuta, já com muitos anos de experiência na prestação de cuidados à pessoa com diabetes.

Na enfermagem, a cada área de especialização estão atribuídas um conjunto de competências específicas, devidamente regulamentadas, intituladas, no meu caso específico, competências específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de saúde Pública.

A Enfermagem comunitária e de saúde pública integra uma intervenção centrada na comunidade, sendo o seu papel reconhecido como determinante, no âmbito dos cuidados de saúde primários, exigindo que o enfermeiro especialista possua “um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 8667).

O regulamento supracitado, publicado em Diário da República, explicita que as competências específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública passam por estabelecer “com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”, contribuir “para o processo de capacitação de grupos e comunidades”, integrar “a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”; e, por fim, realizar e cooperar “na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 8667).

A realização deste estágio contribuiu para a aquisição de conhecimentos e aprendizagens importantes para o desenvolvimento profissional, guiando-se pelo perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública, sobre as quais iremos refletir de seguida.

Como primeira competência específica temos **a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, com base na metodologia do Planeamento em Saúde**. Consideramos que esta competência foi mobilizada e desenvolvida no âmbito do estágio, na UCSP, tendo sido realizado um estudo da população e comunidade abrangida pela unidade, com vista à elaboração do diagnóstico de saúde. Este diagnóstico teve por base o estudo dos determinantes de saúde que influenciam a comunidade, assim como as dificuldades sentidas pelos enfermeiros, no âmbito da prestação de cuidados aos seus utentes. Para tal, foram contemplados dados demográficos, indicadores epidemiológicos e dados sociais. Infelizmente não foi possível consultarmos o Relatório de Atividades e o Plano de Ação da UCSP, visto que esta atravessou uma fase de reformulação, e os mesmos não estavam disponíveis. Todavia este pormenor não constituiu uma barreira a elaboração do diagnóstico, sendo que estudo da população e as entrevistas aos enfermeiros permitiram a identificação das necessidades de saúde e prioridades de intervenção. Para complementar esta lacuna, foram também consultados vários documentos, como o Observatório

anual da diabetes e o Programa Nacional para a diabetes, assim como dados sociodemográficos descritos nos Censos e publicados no *site* PORDATA e INE, recorrendo-se também à realização de entrevistas semiestruturadas, a uma amostra intencional de enfermeiros, e a uma reunião de peritos para ajudar na elaboração do diagnóstico. Para a determinação de prioridades, utilizámos a técnica de comparação por pares. Em seguida foram fixados objetivos e escolhidas as estratégias adequadas, originando um projeto de intervenção, que foi implementado numa comunidade de enfermeiros da área geográfica de Lisboa e Vale do Tejo, de forma a dar resposta às necessidades identificadas. Após a implementação e término do projeto, procedeu-se à sua avaliação. Nesse sentido, conclui-se que esta competência específica foi desenvolvida e mobilizada, no decurso do período de estágio, com a realização de um projeto de intervenção que segue a metodologia de planeamento em saúde.

A segunda competência específica está relacionada com a **contribuição para o processo de capacitação de grupos e comunidades**, tendo esta sido desenvolvida com a concretização do projeto de intervenção. Depois de elaborado o diagnóstico de saúde, identificaram-se as necessidades de saúde, procedendo-se ao planeamento e implementação do projeto de intervenção, de acordo com essas necessidades, tendo como foco a promoção da saúde e a formação profissional, para uma mais eficaz capacitação da comunidade. Este projeto desenvolveu-se no âmbito do Programa Nacional para a Diabetes e Processo Assistencial Integrado da Diabetes, tendo a participação dos enfermeiros que efetuam consulta de enfermagem de diabetes. A promoção para a Saúde de Nola Pender e a formação profissional, materializada pelo workshop, foram as principais estratégias utilizadas para a concretização do projeto. As sessões do workshop foram realizadas com os enfermeiros que efetuam consulta de enfermagem de diabetes em contexto de cuidados de saúde primários e hospitalares, com vista à uniformização de linguagem e intervenções. Decidiu-se pelo convite de oradores dos cuidados de saúde primários, nomeadamente uma higienista oral e uma fisioterapeuta, e dos cuidados de saúde hospitalares, uma enfermeira e uma nutricionista, de forma a partilhar conhecimentos e aproximar os profissionais que trabalham, nos distintos níveis de cuidados de saúde. Optou-se por apresentações mais dinâmicas, com o intuito de cativar o interesse e participação dos enfermeiros. Para além disso, foi também elaborado um manual de apoio ao ciclo formativo, com o intuito de facultar a informação lecionada nas sessões realizadas. Com base em toda a informação mencionada, considera-se que esta competência específica foi desenvolvida e mobilizada.



Foi também desenvolvida a terceira competência **“Integra a coordenação de Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”**. Este projeto de intervenção foi desenvolvido, como base no PND e no PAI da diabetes mellitus tipo 2. Para a sua implementação, foi necessário rentabilizar os recursos indispensáveis à concretização das atividades, havendo a necessidade de proceder ao reagendamento, por duas vezes, da segunda sessão de formação, para que pudessem estar presentes todos os inscritos. Para além disso, procedeu-se à avaliação dos resultados do ciclo formativo, que consideramos ser positivo, uma vez que o serviço de formação demonstrou interesse em incluir esta formação no seu plano de formação anual, de forma a replicar o *workshop*.

Como última competência específica encontra-se o **“Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”**. Tal como já referido, foi realizado um estudo da comunidade e população abrangida pela UCSP, com o intuito de garantir a vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença daquela área geodemográfica, identificando as necessidades de intervenção, com vista a atuar em consonância com necessidades da população identificadas. Nesse sentido, após análise detalhada dos dados recolhidos, validou-se a eleição da problemática em causa, objetivando ganhos em saúde. Por todas essas razões, considera-se que essa, foi também, uma competência desenvolvida e mobilizada.

Outra experiência que se revelou uma mais-valia foi a passagem pela Unidade de Saúde Pública, apesar de apenas lá ter estado um dia, foi suficiente para compreendermos a complexidade e importância do trabalho que lá é desenvolvido, através da compreensão da forma como esta se organiza, os projetos em que se encontra envolvida no âmbito da vigilância epidemiológica entre outros.

No que diz respeito à atribuição do grau de mestre, o Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro no seu artigo 15º, clarifica que este apenas é atribuído a quem comprove ter adquirido conhecimentos e capacidade de resolução de problemas desenvolvidos e aprofundados em relação aos do 1º ciclo e que constituam a base de desenvolvimentos e/ ou aplicações originais (Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior, 2016). Para além disso, é condição essencial saber como aplicar os conhecimentos, bem como possuir uma capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações inesperadas, de integrar conhecimentos, lidando com questões complexas, desenvolvendo soluções ou emitindo juízos em situações de informação limitada ou incompleta. Deve ter ainda capacidade de comunicar as suas conclusões,



conhecimentos e raciocínios, assim como ser detentor de competências que facilitem a aprendizagem ao longo da vida, de forma auto-orientada (Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior, 2016).

De acordo com a análise e reflexão realizadas, consideramos que esta caminhada para a obtenção do grau de especialista e mestre em enfermagem comunitária e saúde pública, revelou a mobilização e desenvolvimento das competências a que nos propusemos inicialmente. O foco da aprendizagem foi sempre a qualidade da prestação de cuidados de enfermagem, sendo que esta se concretizou de forma dinâmica, através do desenvolvimento das aptidões cognitivas, organizacionais e relacionais.

## CONCLUSÃO

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais tempo disponibilizam a prestar cuidados à pessoa com diabetes, no âmbito da consulta de enfermagem, passando por si uma grande parte da educação para a saúde e promoção de estilos de vida mais saudáveis. Muitas das pessoas com diabetes tipo 2 são seguidas em consulta no hospital e, simultaneamente, no seu centro de saúde. No entanto, é muito pouca ou nenhuma a informação que chega aos enfermeiros sobre o historial de acompanhamento da pessoa, não facilitando a continuidade de cuidados.

Nesse sentido, tentamos identificar quais as necessidades dos enfermeiros que realizam consulta de enfermagem de diabetes, no ACESA e consulta externa de um hospital do distrito de Setúbal.

Recorrendo à metodologia de planeamento em saúde, elaborámos o diagnóstico de situação, através da realização de entrevistas semiestruturadas a um grupo de enfermeiros (amostra intencional), em que concluímos que existe uma lacuna na comunicação entre estes dois níveis de cuidados, não existindo transmissão formal de informação.

De acordo com os dados das entrevistas, foram identificados dois problemas: a Ausência de Articulação interinstitucional entre os enfermeiros que realizam consulta de enfermagem de diabetes à pessoa adulta; e a Inexistência de Formação em Diabetes comum aos enfermeiros dos contextos hospitalar e cuidados de saúde primários. Após apresentar os resultados aos enfermeiros que participaram nas entrevistas, estes validaram estas áreas como problemáticas. Assim sendo, considerámos pertinente a realização de uma reunião de peritos, com três enfermeiros da unidade funcional do ACESA e Hospital, responsáveis pela consulta de enfermagem e diabetes, com pelo menos 10 anos de experiência na área. Nesta reunião ficou claro que, apesar da importância do estabelecimento de um protocolo de articulação que assegurasse a continuidade de cuidados à pessoa com diabetes, por falta de recursos financeiros e de tempo, esse caminho ficou inviabilizado. Nesse sentido, propuseram a formação conjunta como estratégia ideal para a uniformização da linguagem e prática profissional, constituindo o primeiro passo para um futuro estabelecimento da articulação entre estes dois níveis de cuidados. Na reunião ficaram também definidas como áreas de necessidade formativa: Higiene Oral na Diabetes, Alimentação na Diabetes e a leitura dos rótulos, Padrão de avaliação das

glicémias capilares, Atuação na Hiperglicemias e Hipoglicemias, Ensino de Insulina e Antidiabéticos Orais, Atividade Física e Diabetes.

Para se estabelecerem prioridades, recorreu-se ao método de comparação por pares, tendo-se obtido a seguinte sequência:

1. Alimentação;
2. Padrão de Avaliação das Glicémias Capilares e Formas de Atuação em Hipoglicémias e Hiperglicémias;
3. Insulina e Antidiabéticos Orais (ADO)
4. Saúde Oral na Diabetes;
5. Atividade Física e Diabetes;

Apesar da aplicação desta técnica de definição de prioridades, como todas as áreas foram consideradas muito necessárias e pertinentes, estruturámos o ciclo formativo para que este as integrasse a todas.

Este projeto de intervenção comunitária, através das sessões integradas no *workshop* “Formar para Educar em Diabetes”, teve um papel importante na uniformização de linguagem e prática de cuidados, na consulta de enfermagem de diabetes, promovendo o reconhecimento dos pares, com vista a uma futura articulação de cuidados formal, como por exemplo um protocolo encaminhamento e atuação.

Apresentou também resultados ao nível do conhecimento dos enfermeiros sobre diabetes, tal como se atesta no tópico sobre a avaliação do projeto. De acordo com os resultados obtidos dos questionários de conhecimentos, verificámos ter havido aumento do nível de conhecimento em cada uma das temáticas, contudo no âmbito da saúde oral não alcançámos a meta de 75% de respostas certas a que nos propusemos na delimitação do projeto. Também a atividade física se revelou uma área a trabalhar pois os 75% de respostas certas foram alcançados tangencialmente. Todavia, estas traduzem-se em áreas muito importantes de intervenção no âmbito da consulta de enfermagem, devendo por isso continuar a ser trabalhadas no contexto de formação profissional. Todavia, alcançámos um aumento do nível de conhecimento de geral de 16%.

A avaliação das sessões possibilitou a sua melhoria contínua, tendo em conta as sugestões dos enfermeiros e os pontos apontados como menos positivos. Relativamente à continuidade do projeto, ficou evidenciada a vontade de o integrar no plano de formação do ACESA, uma vez que foi reconhecido como uma mais-valia para a aproximação dos pares e uniformização de práticas, assim como também para renovar conhecimento.

Tal como proposto nos objetivos da UC, foi implementado um projeto de intervenção comunitária, no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde, com base num diagnóstico elaborado, seguindo-se a metodologia do planeamento em saúde. Ao longo deste processo foi necessário efetuar pesquisa bibliográfica, exigindo um estudo que, em conjunto com a construção da reflexão crítica, permitiu uma adaptação e melhoria constante.

Neste relatório, apresentou-se ainda a reflexão sobre as competências adquiridas ao longo deste longo processo, de forma justificada, fazendo-se distinção entre as comuns e as específicas.

Todas as intervenções realizadas têm por base as competências específicas do enfermeiro especialista de enfermagem comunitária e saúde pública, validado que a ECSP “desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade” (Decreto-lei nº 128/2011 de 18 de fevereiro de 2011, p.8667).

A elaboração do projeto respeita também as competências específicas desta especialidade, através da concretização da avaliação do estado de saúde de uma comunidade, seguindo a metodologia do planeamento em saúde e respeitando o processo de capacitação de grupos e comunidades, integrando o PAI e o PND.

A realização deste projeto possibilitou-nos demonstrar as competências de conceção, prestação e gestão de cuidados nesta área de especialidade, facultando contributos para uma prática baseada na evidência através da investigação e pesquisa bibliográfica.

No decurso do projeto demonstrámos a capacidade de integrar os conhecimentos adquiridos desde o início deste ciclo de estudos e de tomada de decisão, atuando de acordo com as responsabilidades éticas, sociais e profissionais.



Fazendo uma retrospectiva, consideramos que este projeto, com tudo o que lhe é inerente, foi uma extremamente enriquecedor, do ponto de vista do conhecimento, visto que a meio desta caminhada, integrei a equipa de diabetes no meu local de trabalho, sendo que toda esta aprendizagem se revelou facilitadora no processo de integração. Do ponto de vista pessoal, o projeto foi muito gratificante, visto a diabetes é uma doença extremamente complexa, fazendo deste processo um longo caminho de aprendizagem e dedicação.

Tal como referido, foi demonstrado interesse em continuar o projeto, pelo que será expetável que o ciclo formativo seja replicado aos outros enfermeiros do ACESA que realizam consulta de enfermagem de diabetes. Nesse sentido, foi elaborado um manual de apoio ao *workshop*, em formato digital, onde estão presentes os conteúdos apresentados nas sessões, como um recurso para os profissionais de saúde.

O fato do projeto ter contemplado uma população reduzida não permite generalizar os resultados. Contudo, tendo em conta os resultados, seria interessante entender este projeto a mais profissionais, de forma a que a linguagem e a prática sejam o mais uniforme possível.

Assim sendo, podemos concluir que o desenvolvimento deste projeto de intervenção na comunidade permitiu a realização de formação em diabetes para enfermeiros, com vista a aumentar o seu nível de conhecimentos, promover o reconhecimento dos pares e uniformiza a prática de cuidados à pessoa com diabetes.

Por tudo o que já foi descrito, considera-se que foram mobilizadas e desenvolvidas tanto as competências comuns, como as competências específicas desta especialidade, tal como se preconiza no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2012). *Referenciais de Competências e de Formação para o domínio da Diabetes – Formação contínua*. Lisboa. Obtido em 2019 de janeiro de 6, de <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/DIABETES.pdf>
- Araújo, D., & Pontes, M. (2002). *Doenças crónicas*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Bardin, L. (2015). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Campos, A. C. (2008). *Reformas da Saúde: O fio condutor*. Coimbra: Almeida.
- Correia, H., Espincho, M., Moreira, J., & Pacheco, S. (2012). *Cuidados de enfermagem em saúde comunitária ao adolescente* (Vol. 54). Lisboa: Servir. Obtido em 1 de março de 2019, de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18131/1/Consulta%20de%20Enfermagem%20do%20Adolescente%20%2012%2013%20anos%20%20uma%20necessidade%20em%20saúde.pdf>
- Decreto-Lei n.º 63/2016. (2016). *Diário da República n.º 176/2016, Série I de 2016-09-13*, pp. 3159-3191. Obtido de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/75319452/details/normal?q=Decreto-Lei+n.%C2%BA%2063%2F2016%2C%20de+13+de+setembro>
- Despacho nº 3052/2013. (26 de fevereiro de 2013). *Diário da República - 2ª Série – Nº 40.*, pp. 7527-7529. Obtido de <file:///C:/Users/cons.gab29/Downloads/i018616.pdf>
- Dias, A., & Queirós, A. (2010). *Plano Nacional De Saúde 2011-2016: Integração e Continuidade de Cuidados*. Obtido em 15 de janeiro de 2019, de <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdnacdn.com/files/2010/07/ICC3.pdf>
- Direção-Geral de Saúde. (19 de fevereiro de 2013). *Processo Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus tipo 2*, p. 153. Obtido em 25 de fevereiro de 2019, de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/informacoes/informacao-n-0012013-de-19022013.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2013). *Processo Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus tipo 2*. Obtido em 10 de janeiro de 2019, de <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjT3-KHlIDhAhXD6OAKHcp2Au8QFjAAegQIChAC&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fpro>

grama-nacional-para-a-diabetes%2Fcirculares-normas-e-orientacoes%2Finformacao-da-direcao-geral-da-saude-n-00

Direção-Geral de Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020*. Obtido em 12 de fevereiro, de <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Direção-Geral de Saúde. (2016). *Plano Nacional de Saúde - Eixo Estratégico Acesso e Equidade*. Lisboa. Obtido em 25 de fevereiro de 2019, de <http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Acesso-e-Equidade3.pdf>

Direção-Geral de Saúde. (2017). *Vigilância Epidemiológica*. Obtido em 2018 de maio de 25, de <https://www.dgs.pt/vigilancia-epidemiologica.aspx>

Direção-Geral de Saúde. (23 de maio de 2018). Competências do Programa Nacional para a Diabetes. Obtido em 27 de fevereiro de 2019, de <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-a-diabetes/>

Gallant, M. P. (2003). The Influence of Social Support on Chronic Illness Self-Management: A Review and Directions for Research. (H. E. Behavior, Ed.) 30(2), pp. 170-195. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/1090198102251030>

Gaudência, M., Melo, M., Veríssimo, N., & Silva, R. (s.d.). Desafio das Doenças Crônicas. Obtido em 23 de fevereiro de 2019, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4350/31out2010.pdf>.

Gomes, M., Teixeira, M., & Paçô, M. (1 de outubro de 2015). Clinical Predictors of Oral Health-Related Quality of Life in Older Adults with Diabetes. *Revista Referência*, 81-89. doi:<http://dx.doi.org/10.12707/RIV15002>

Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Imperatori, M., & Giraldes, E. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde - Manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa.

International Council of nurses. (2009). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento: Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. Genebra. Obtido em 15 de dezembro de 2018, de

[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CIPE\\_AdesaoTratamento.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CIPE_AdesaoTratamento.pdf)

International Diabetes Federation. (2017). *Diabetes Atlas*. Obtido em 27 de dezembro de 2018, de <http://www.diabetesatlas.org/>

Machado, M. (2009). *Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho. Obtido em 15 de fevereiro de 2019, de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese%20de%20Mestrado%20-%20Adesão%20ao%20Regime%20Terapêutico%20-%20Representações%20das%20pessoas%20com%20IRC%20sobre%20o%20cont.pdf>

Mendes, F., Serra, I., Caldeira, E., Casa-Novas, M., & Gemitto, M. (28 de abril de 2016). A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. *Ciência & Saúde*, pp. 841-853.

Mendes, F., Serra, I., Casa-Novas, M., Caldeira, E., & Gemitto, M. (2016). *A Continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes*, pp. 841-853. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015>

Ministério da Saúde. (2016). Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro.

Ministério da Saúde. (s.d.). Decreto-Lei nº 28/2008, 1ª Série Diário da República. Portugal. Obtido em 22 de fevereiro de 2019, de <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>

Navalhas, J. C. (1999). *Cuidados Continuados: um modelo urgente* (4 ed.). Enfermagem um contributo para a Saúde.

Nunes, J. S. (2015). *A Diabetes em Síntese: Contributo Para Um Melhor Conhecimento E Gestão Da Doença*. Lisboa: Apifarma.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Regulamento 128/2011*. Obtido em 9 de março de 2019, de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica\\_aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf)



- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento nº.348/2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, 2ª Série Diário da República. Obtido em 10 de janeiro de 2019, de [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica\\_DRJun2015.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (6 de fevereiro de 2019). Regulamento 140/2019 Competências comuns do enfermeiro especialista, 2ª Série Diário da República. Portugal. Obtido de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/119236195/details/normal?l=1>
- Ottawa, C. d. (1986). 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa. Obtido de <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj-m76XIYLhAhVFUxoKHZwmCsoQFjAAegQICBAC&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdocumentos-e-publicacoes%2Fcarta-de-otawa-pdf1.aspx&usg=AOvVaw3stiA3FLGRxdwkUaDtXUzW&cshid=15525>
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6ª Edição ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Programa Nacional para a Diabetes. (2017). *Programa Nacional para a Diabetes*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Obtido em 18 de janeiro de 2019, de [https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiis7mE4\\_3gAhVJxIUkHeOqA-UQFjAAegQICBAC&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fportal-da-estatistica-da-saude%2Fdiretorio-de-informacao%2Fdiretorio-de-informacao%2Fpor-serie-8](https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiis7mE4_3gAhVJxIUkHeOqA-UQFjAAegQICBAC&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fportal-da-estatistica-da-saude%2Fdiretorio-de-informacao%2Fdiretorio-de-informacao%2Fpor-serie-8)
- Radhakrishnan, K. (2011). *The efficacy of tailored interventions for self-management outcomes of type 2 diabetes, hypertension or heart disease: a systematic review.*, 68, pp. 496-510. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05860.x>
- Rosas, M. (2015). *Gestão da Consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes: Que Modelo de Cuidados?* Escola Superior de Enfermagem do Porto. Obtido em 6 de fevereiro de 2019, de [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9764/1/Tesecorrigida\\_30\\_01\\_2015\\_CD.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9764/1/Tesecorrigida_30_01_2015_CD.pdf)

- Silva, A., Ferreira, C., & Formigo, C. (2002). *Prestação de cuidados de enfermagem no contexto dos cuidados continuados*, pp. 60-64.
- Silva, M. (2013). *Gestão da Qualidade em Cuidados de Saúde*. Lisboa: Monitor.
- Smith, M. C., & Parker, M. E. (2016). *Nursing theories & nursing practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2016). *Diabetes: Factos e Números - O Ano de 2015 - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Lisboa: Letra Solúvel - Publicidade e Marketing, Lda. Obtido em 10 de janeiro de 2019, de <http://www.spd.pt/images/bolsas/dfn2015.pdf>
- Sousa, M. (março de 2003). A formação contínua em enfermagem. pp. 28-33.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. Loures: Lusociência.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa.
- Tavares, H. (2008). *Articulação de cuidados de enfermagem entre hospital e Centro de Saúde no âmbito dos Cuidados Continuados*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Obtido em 12 de fevereiro de 2019, de <http://hdl.handle.net/10216/7172>
- Toombs, S. K. (1992). *The meaning of illness: A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*. USA: Springer Science + Business Media Dordrecht.
- Veiga, M., Duarte, M., & Gândara, M. (1995). *Que futuro para a formação permanente dos enfermeiros? Enfermagem em Foco*. Lisboa.
- Victor, J., Lopes, M., & Ximenes, L. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. 18(3), pp. 235-240. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>
- World Health Organization. (2016). *Global Report on Diabetes*. MEO Design & Communication. Obtido em 29 de janeiro de 2019, de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf)

# ANEXOS







Exma. Senhora

Dr.ª Vanessa Ferreira Gregório

[vanessa.nogueira.ferreira@gmail.com](mailto:vanessa.nogueira.ferreira@gmail.com)

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

573/CES/2019

17.01.2019

**Assunto:** Continuidade de Cuidados na consulta de enfermagem à pessoa adulta com Diabetes: articulação Agrupamento de Centros de Saúde Arrábida (ACESA) e o Centro Hospitalar de Setúbal (CHS).

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, na sua reunião de 11.01.2019, emitiu um parecer favorável ao estudo.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido relativamente a este estudo, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo



**From:** Gabinete de Investigação e Desenvolvimento

**Sent:** Monday, July 23, 2018 3:48:18 PM

**To:** Vanessa Ferreira

**Cc:** [REDACTED]

**Subject:** Autorização à realização do estudo/questionário "Continuidade de cuidados na consulta de Enfermagem à pessoa adulta com diabetes", a realizar no Serviço de [REDACTED]

Exmo(a). Sr.(a) Enf. Vanessa Alexandra N.F. Gregório,

Venho por este meio, informar que, em relação ao estudo em epígrafe, foi autorizado, pelo Conselho de Administração, em 19.07.2018, Acta 30/18, conforme documento em anexo.

Com os melhores cumprimentos,



**GABINETE DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO**  
RESEARCH & DEVELOPMENT OFFICE

Anexo 3 – Pedido de Autorização ao ACESA para recolha de dados aos profissionais





Vanessa Ferreira

sex 25-05-2018, 10:59

Jose almeida; Vitor varela

Responder a todos



Termo do consentim...

13 KB



Autorização Sra Enferm...

57 KB

2 anexos (71 KB) Transferir tudo Guardar tudo no OneDrive - SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE

Exmos. Senhores Enfermeiros responsáveis pelo Gabinete de Investigação e Desenvolvimento,

Enfº Vitor Varela e Enfº José Almeida

Eu, Vanessa Alexandra Nogueira Ferreira Gregório, enfermeira a desempenhar funções nas Consultas Externas I, do Centro Hospitalar [REDACTED] (CH[REDACTED]), com o número mecanográfico [REDACTED], encontro-me a frequentar o Mestrado de Associação em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, na Escola Superior de Enfermagem do Instituto Politécnico de Setúbal, e venho por este meio solicitar autorização para recolher dados para o projeto de intervenção que pretendo desenvolver no âmbito do 1º estágio curricular.

Este estágio curricular decorre de 14 de maio a 22 de junho de 2018, na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [REDACTED], em regime de tutoria, sendo a tutora a Srª Enfª, Sónia Afonso e a docente orientadora a Srª, Professora Isaura Serra da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora.

Para concretização deste estágio, elaborei o Projeto de Intervenção na Comunidade intitulado "Continuidade de Cuidados na consulta de enfermagem à pessoa adulta com Diabetes: articulação ACESA-[REDACTED]".

O referido estágio corresponderá à primeira parte metodológica do Projeto, na qual se fará o diagnóstico de situação. Assim, a recolha de dados será realizada através de um questionário estruturado, aplicado via correio eletrónico, aos enfermeiros que desempenham funções na consulta de Diabetes.

Neste sentido, solicito a Vossas Excelências a autorização para a realização dos referidos questionários, assim que possível, de forma a que os possa aplicar com a maior brevidade.

Em anexo envio também o termo do consentimento informado e a autorização prévia da Srª Enfermeira Diretora

Caso seja necessária mais informação estou ao vosso dispor.

Peço Deferimento,

Vanessa Ferreira Gregório

Anexo 4 – Pedido de Autorização ao CH para recolha de dados aos profissionais

Pedido de autorização para realização de ciclo formativo e utilização de oradores externos



**Vanessa Ferreira** <vanessa.nogueira.ferreira@gmail.com>  
para Sonia

18/10/2018, 10:30 ☆ ↶ ⋮

Exma. Dña. Directora Executiva

ACES Arrábida

D.ª Barbara de Carvalho

Eu, Vanessa Alexandra Nogueira Ferreira Gregório, enfermeira a desempenhar funções nas Consultas Externas I, do Centro Hospitalar de Setúbal, com o número mecanográfico [REDACTED], encontro-me a frequentar o Mestrado de Associação em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, na Escola Superior de Enfermagem do Instituto Politécnico de Setúbal.

Encontro-me a realizar o estágio final na UCSP [REDACTED], sob orientação da Enfermeira Sónia Afonso e da Professora Isaura Serra. No âmbito do projeto a decorrer neste estágio, venho por este meio solicitar autorização para realizar um ciclo formativo intitulado: Formar para Educar em Diabetes - Ciclo formativo para enfermeiros, e para a utilização de oradores externos ao ACESA para a realização das sessões formativas.

Caso não seja possível ter oradores externos, solicito a autorização para convidar profissionais do ACESA para serem oradores no ciclo formativo, nomeadamente enfermeiros, nutricionista e fisioterapeuta.

Pede Deferimento.

Vanessa Ferreira Gregório

Setúbal, 18 de outubro de 2018

# APÊNDICES





## PREPARAÇÃO DA ENTREVISTA

### Contextualização da Entrevista

De forma a recolher informações sobre como é realizada a articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde hospitalares, relativamente à continuidade de cuidados na consulta de enfermagem de diabetes à pessoa adulta com Diabetes, pretende utilizar-se este método de recolha de dados, com vista a fazer-se o levantamento das necessidades, opiniões e intervenções dos enfermeiros que realizam esta consulta de enfermagem, quer no hospital, quer no ACESA.

Irá utilizar-se uma entrevista semiestruturada, como método de recolha de dados, tendo sido elaborado um conjunto de perguntas sobre o tema em estudo, fornecendo ao entrevistado a possibilidade de falar livremente sobre os assuntos tratados (Gerhardt & Silveira, 2009).

### Objetivos da entrevista

A presente entrevista tem como objetivos: identificar as necessidades sentidas pelos enfermeiros que realizam consulta de enfermagem de diabetes, no ACESA e no CHS, na articulação interinstitucional relativamente à continuidade de cuidados de saúde à pessoa adulta com Diabetes.

### Entrevistados (amostra por conveniência)

- 3 Enfermeiras do ACESA
- E enfermeiras do CH

### Entrevistadores

- A mestranda.

### Prazo

De acordo com a autorização prévia das citadas instituições, as entrevistas deverão ser realizadas, na sua totalidade, antes do *terminus* do Estágio de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.

### Condições Logísticas

A entrevistadora deslocar-se-á ao local de trabalho dos enfermeiros selecionados para a entrevista, de acordo com as disponibilidades de ambos.

Para a realização da entrevista é necessário um gabinete disponível, um gravador e consentimento informado.

## PLANEAMENTO DA ENTREVISTA

**Duração:** aproximadamente 25/30 minutos

**Questões Gerais a ter em conta:**

- Apresentação, através de um assunto informal;
- Descrição do Projeto, explicando o que o motivou e apresentando os seus objetivos.
- Consentimento: fornecer ao entrevistado a folha do consentimento para que este leia e assine.
- Condução da entrevista – auxiliar o entrevistado a focar-se no assunto e expressar as suas necessidades de forma clara e objetiva.
- Encerrar a entrevista – respeitar o tempo previsto, fazendo a síntese das ideias chave e agradecendo a disponibilidade.
- Registar informações que não tenham sido captadas pelo gravador.

## Entrevista

Subtemas	OBJETIVOS		TÓPICOS	OBSERVAÇÕES
Legitimação da entrevista	Legitimar a entrevista	Esclarecer sobre o âmbito do Projeto e qual o objetivo da entrevista	<i>Encontro-me a realizar o Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública e, no presente estágio curricular, estou a desenvolver um projeto de intervenção comunitária cujo objetivo é estabelecer a articulação no âmbito da consulta de enfermagem de à pessoa adulta com diabetes, entre o ACESA e o CHS, até ao final de 2018.</i>	Ressalvar que este é um projeto de intervenção na comunidade
	Motivar o entrevistado	Realçar a importância da sua participação	<i>Irei necessitar da sua colaboração com vista a identificar quais as necessidades por si sentidas no âmbito da consulta de diabetes à pessoa adulta e inerente continuidade de cuidados.</i>	Clarificar o objetivo da Entrevista

Dados biográficos dos entrevistados	Caraterizar os enfermeiros entrevistados	<p>1. Género</p> <p>2. Idade é</p> <p>3. Anos de profissão?</p> <p>4. Tem alguma formação em Diabetes?</p> <p>5. Há quanto tempo faz a consulta de enfermagem de diabetes?</p>	Adequar ao enfermeiro (CS/HSB)
Importância dos meios de comunicação na articulação interinstitucional	<p>Identificar quais os meios de comunicação existentes na comunicação entre os serviços</p> <p>Verificar se existem meios de comunicação definidos</p>	<p>6. Neste momento pode dizer quantas pessoas com diabetes são seguidas nesta/neste unidade/hospital?</p> <p>7. Tem utentes simultaneamente seguidos em consulta de enfermagem de diabetes no CHS/CS?</p> <p>8. Tem acesso aos registos de enfermagem escritos na consulta de enfermagem do CHS/CS?</p> <p>9. Quando necessita de esclarecer alguma dúvida sobre um utente que é simultaneamente seguido no CHS/CS tem facilidade em contactar com a colega que faz a consulta de diabetes no contexto hospitalar/cuidados de saúde primários?</p> <p>10. Sente que existe duplicação de informação nas consultas de enfermagem de diabetes realizadas nas unidades de cuidados de saúde primários e no contexto hospitalar?</p>	Adaptar a pergunta de acordo com a instituição a que o enfermeiro pertence
A visão dos enfermeiros sobre a articulação entre o ACESA e o CHS	Identificar qual a visão dos enfermeiros relativamente à articulação interinstitucional ACESA–CHS	<p>11. Sente que há necessidade de otimizar a articulação das consultas de enfermagem de diabetes entre o ACESA e o HSB?</p> <p>12. Na sua opinião, como deveria ser otimizada a articulação das consultas de enfermagem de diabetes entre o ACESA e o HSB?</p> <p>13. Considera que a utilização do email para esclarecimento de dúvidas entre colegas seria uma mais-valia?</p> <p>14. Acha que a existência de um documento, em suporte papel, onde estivesse reunida toda a informação clínica do utente, e que este trouxesse sempre consigo a todas as consultas, seria uma mais-valia?</p> <p>15. Que informações clínicas considera que seriam pertinentes constar desse documento?</p> <p>16. Considera útil o Sistema de Informação em Saúde que tem ao seu dispor?</p> <p>17. Costuma consultar a Plataforma de Dados de Saúde (PDS), acessível no Sclínico?</p> <p>18. Considera que seria uma mais-valia poder aceder, na PDS, aos registos de enfermagem dos colegas que realizam a consulta de enfermagem de diabetes no CHS/CS?</p>	Adaptar a pergunta de acordo com a instituição a que o enfermeiro pertence



Importância da formação conjunta	Perceber qual a opinião dos enfermeiros sobre a realização de formação conjunta, em diabetes, para quem faz a consulta de diabetes no ACESA e CHS.	<b>19. Acha que seria importante existir formação conjunta, área da diabetes, para os enfermeiros que realizam consulta de enfermagem de diabetes no CS/HSB?</b>	Identificar as necessidades formativas dos enfermeiros
Validação da Entrevista	<p>Perceber qual a opinião do enfermeiro sobre a entrevista</p> <p>Opiniões</p> <p>Identificar sugestões</p> <p>Encerrar a entrevista</p> <p>Sugestões</p> <p>Agradecimentos</p>	<p><b>20 – Considera que este projeto é uma mais-valia para a melhoria da continuidade de cuidados no âmbito da consulta de enfermagem de diabetes?</b></p> <p><b>21 – Adicionava alguma coisa a este projeto?</b></p> <p><i>Desde já, agradeço a sua disponibilidade para a realização desta entrevista e colaborar no desenvolvimento deste projeto.</i></p>	Agradecer e valorizar o contributo do profissional de saúde entrevistado/a

## INTERVENÇÕES APÓS A REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA

### Tratamento e Análise dos dados:

- Estudo das respostas com perguntas fechadas: cálculo de percentagens.
- Estabelecimento de um conjunto de temas para as perguntas abertas: elaborar uma grelha de registo e efetuar análise de conteúdo.
- Determinação da metodologia.
- Análise dos dados.
- Conclusão da entrevista.

### REFERÊNCIAS:

- GRAZINA, F. (2009). Guião da Entrevista. Universidade Aberta. Disponível em : <https://pt.scribd.com/doc/24326700/guiao-entrevista>, consultado a 29 de maio de 2018





CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	FREQ.	UNIDADE DE CONTEXTO
1. Identificação das pessoas com diabetes	Pessoas com diabetes seguidas em consulta de enfermagem	Pessoas com diabetes		E1: “(...)Temos cerca de 20000 utentes, cerca de 1010 são diabéticos. Não é um número exato. Seguidos na consulta, não sei de forma precisa, mas são cerca de 60%.” E2: Referenciadas à consulta de diabetes estão 2300 pessoas. E3: Cerca de 200 a 250 pessoas. E4: Cerca de 2500. E6: Aproximadamente 2500
2. Estratégias de comunicação interinstitucional	Comunicação Interinstitucional	Contatos	2	E1: (...) porque conheço as colegas (...) informalmente entro em contato com elas. Mas se não as conhecesse, que é o caso da maior parte dos enfermeiros das unidades, não sei como seria. E2: Eu nunca falei com ninguém em relação aos doentes. E3: Não. Não temos qualquer acesso E4: neste momento não existe qualquer forma de contactar os colegas. Nem conhecemos as colegas dos centros de saúde. E5: não há nenhuma forma de contactar com os colegas do CS.

<b>3. Utilização dos Sistemas de Informação</b>	<b>Sistemas de Informação</b>	<b>Registos de Enfermagem</b>	<p>E1: Não temos acesso aos registos de enfermagem.</p> <p>E2: De enfermagem, que eu tenha conhecimento não tenho acesso a nada.</p> <p>E3: Não. Neste preciso momento não temos acessos aos registos dos colegas do hospital.</p> <p>E4: Não temos acesso a nenhuma informação. Supostamente a Plataforma de Dados em Saúde seria uma mais-valia para registar e aceder a informação dos colegas, mas neste momento isso não se verifica.</p> <p>E5: Não, neste momento aceder aos registos dos colegas ainda não está ao nosso alcance, infelizmente.</p>
<b>4. Expectativas acerca da articulação entre o ACES da Arrábida e o CHS</b>	<b>Otimização da articulação interinstitucional</b>	<b>Linha direta</b>	<p>E1: Haver um número direto seria uma grande mais-valia, porque permitia esclarecer dúvidas no momento.</p> <p>E2: com as novas tecnologias, o melhor seria mesmo a existência de telemóveis, que os profissionais usariam dentro da sua hora de trabalho e que pudessem comunicar, e esclarecer dúvidas de forma rápida.</p> <p>E3: o telefone seria o ideal.</p> <p>E4: Acho que seria uma mais-valia a existência de uma linha direta ou de um telemóvel de serviço onde conseguíssemos falar no momento com a colega.</p> <p>E5: Por exemplo um telemóvel de serviço e acessos a contatos de colegas dos cuidados de saúde primários seria uma mais-valia.</p>



		<b>Email</b>	<p>E1: Seria uma boa hipótese. Não tenho o hábito de ir ver os emails. Mas se me disserem que isso é uma possibilidade também me consigo adaptar.</p> <p>E2: Para esclarecimento de algumas situações seria uma mais-valia, mas tem alguns riscos.</p> <p>E3: O email é bom numa situação não urgente.</p> <p>E4: Não seria exequível, tendo em conta que nem sempre acedemos ao mesmo e a informação iria perder-se em tempo útil.</p> <p>E5: É uma possibilidade.</p>
<b>5. Estratégias para a melhoria da continuidade de cuidados</b>	<b>Continuidade de cuidados</b>	<b>Documento Suporte papel</b>	<p>E1: Poderá ser uma hipótese, mas tinha de ter informação pertinente.</p> <p>E2: Sim, seria uma mais-valia.</p> <p>E3: Sem dúvida. Aí então a facilidade de comunicação seria totalmente diferente.</p> <p>E4: Sim, seria mais fácil aferir, por exemplo a ultima avaliação de pés (...)seria uma forma fácil de ter acesso à informação mais pertinente da pessoa, reduzindo o tempo que levamos à procura de informação no computador que muitas vezes nem sequer lá está.</p> <p>E5: Sim, seria uma forma de resumir os assuntos mais pertinentes</p>
		<b>Informação Pertinente</b>	<p>E1: a medicação que o doente está a fazer, as doses, como é que está em relação aos ensinos da alimentação, do autocuidado, da vigilância do pé...E depois o controlo analítico e os rastreios.</p> <p>E2: esquema de insulinoaterapia. (...) A avaliação do pé também é uma parte importante. (...) A alimentação, se está a ser seguido pelo nutricionista e o que está a ser feito.</p>

				<p>E3: Além do mensurável e é indispensável à consulta ter também espaço para o tipo de tratamento, se é insulinotratado ou não, a nível de ensinos.</p> <p>E3: Parte da alimentação, cuidados aos pés.</p> <p>E4: Última avaliação de pés, por exemplo. E espaço para o registo dos ensinos de enfermagem, assim como os dados sobre o esquema de insulina que o doente está a fazer, caso faça.</p> <p>E5: Avaliação de úlcera de pé diabético, dificuldades terapêuticas, tanto na prática medicamentosa como plano alimentares.</p>
<b>6. Opinião dos enfermeiros sobre formação conjunta</b>	<b>Formação</b>	<b>Formação conjunta</b>		<p>E1: Acho que sim. É sempre bom existir para partilhar experiências diferentes. Consegue-se limar arestas para as coisas serem mais fáceis e dar resposta aos nossos utentes.</p> <p>E2: Formação conjunta... depende das áreas. A insulino terapia era uma área a trabalhar é onde temos mais dificuldades em CSP.</p> <p>E3: Acho que sim, Sem dúvida. A reciclagem e o aumento de conhecimentos é sempre bom para nós.</p> <p>E4: Sim, de forma a uniformizar procedimentos efetuados em consultas de enfermagem e promover atualização de conhecimentos</p> <p>E5: Sim, para haver partilha de conhecimentos para uso de terminologias comuns e ensinos estruturados semelhantes.</p>



Problema	Comparação	Resultado
A - Saúde Oral	A A A A A B C D E F	4º
B – Alimentação na Diabetes	B B B B C D E F	1º
C - Padrão de Avaliação das Glicémias capilares	C C C D E F	2º
D – Atuação na Hiper e Hipoglicémia	D D E F	3º
E -Insulina e Antidiabéticos Orais	E F	5º
F - Atividade Física na Diabetes	F	6º







## **Workshop para enfermeiros**

### **Formar para Educar em Diabetes**

**21 de dezembro de 2018 e 25 de janeiro de 2019**

Sala de Formação da UCSP

#### **Programa:**

##### **Dia 21 de dezembro**

- **14.00h Saúde Oral na Diabetes** – Higienista Oral do ACESA;
- **15.00h Alimentação na Diabetes** – Nutricionista do Centro Hospitalar

##### **Dia 25 de janeiro**

- **14.00h Considerações Gerais sobre Diabetes** – Enfermeira da Consulta de diabetes do CH
- **15.00h Atividade Física e Diabetes** – Fisioterapeuta do ACESA;

**Nº participantes:** mediante inscrição (máximo 20)

#### **Objetivos:**

- Promover o reconhecimento da equipa multidisciplinar que acompanha a pessoa com diabetes nos cuidados de saúde primários e hospitalares;
- Promover a articulação de cuidados em consulta de enfermagem de diabetes;
- Uniformizar a linguagem e as intervenções no âmbito das consultas de enfermagem de diabetes;
- Aprofundar conhecimentos na área da Diabetes Mellitus;

Data	Duração	Tema	Conteúdos	Metodologia	Avaliação	Recursos	Formadores
Dia 21 de dezembro	10m	<b>Início da Sessão</b>	Acolher os profissionais e apresentar os oradores e formandos	Expositiva	Formativa: Aplicação de questionário de conhecimentos	NA	Mestranda Vanessa Ferreira
	5m	<b>Introdução ao Workshop</b>	Apresentar objetivos e metodologia proposta	Expositiva			Higienista Oral do ACESA;
	45m	<b>Saúde Oral na Diabetes</b>	- Principais alterações da cavidade oral - Intervenção de enfermagem na prevenção da saúde oral	Expositiva			Nutricionista do CH
	150m	<b>Alimentação na Diabetes</b>	- Noções de Nutrição - Escolhas alimentares e hábitos alimentares - Necessidades Energéticas - Alternativas alimentares	Expositiva			Enfermeira do CH
Dia 25 de janeiro	90m	<b>Considerações Gerais sobre Diabetes</b>	- Critérios de Diagnóstico - Autovigilância Glicémica - Tipos de Insulina - Administração de Insulina - Como atuar em caso de hipoglicémia/hiperglicémia	Expositiva			Fisioterapeuta do ACESA
	60m	<b>Atividade Física e Diabetes</b>	- Considerações gerais sobre a atividade Física - Adaptação da atividade física ao dia-a-dia da pessoa - Intervenção de enfermagem na promoção da atividade física	Expositiva			Mestranda Vanessa Ferreira
	10m	<b>Esclarecimento de dúvidas</b>	Colocação de dúvidas e partilha de experiências	Expositiva e Interrogativa		Papel (questionário) e canetas	
	15'	<b>Avaliação da Sessão</b>	Aplicar questionário de conhecimentos	Interrogativa			





[illegible]



WORKSHOP

FORMAR PARA EDUCAR EM DIABETES

GUIA DE APOIO AO WORKSHOP

**Mestranda:** Vanessa Ferreira Gregório

**Orientadora de Estágio:** Sónia Afonso

**Orientadora Pedagógica:** Isaura Serra

2018/2019

## INTRODUÇÃO

A diabetes mellitus (DM) é uma doença crónica que constitui, atualmente, uma das principais causas de morte, por implicar um risco significativamente aumentado de doença coronária e de acidente vascular cerebral. Em Portugal, a DM assume um papel preponderante nas causas de morte e a sua prevalência estimada em 2015, na população, entre os 29-79 anos, foi de 13,3%.

A gestão da diabetes deve ser centrada na pessoa. O sucesso da gestão terapêutica, depende dos esforços da pessoa, que são desenvolvidos em parceria com profissionais de saúde<sup>2</sup>. Estes têm o dever de orientar e definir objetivos, assim como facilitar a tomada de decisões. No entanto, as pessoas com diabetes têm algumas dificuldades no cumprimento das diretrizes dos profissionais de saúde, que resulta numa baixa adesão às *guidelines*, no aumento das complicações da doença e na degradação da sua qualidade de vida. Os profissionais de saúde têm pouco controlo sobre a forma como as pessoas com diabetes gerem a sua doença entre consultas, nesse sentido os enfermeiros devem facilitar a gestão da doença, fornecendo suporte às pessoas com diabetes e suas famílias, na conscientização e promoção do autocuidado.

O fato de as pessoas com diabetes serem seguidas em mais do que um local, muitas vezes no hospital e no centro de saúde, faz com que recebam informações nem sempre coincidentes, o que pode causar insegurança ou mesmo quebra de confiança na relação terapêutica. A mudança do local seguimento, ou mesmo o acesso a informações de várias origens podem induzir a falhas ou confusão com consequente desajuste da terapêutica, podendo resultar com risco de impacto negativo no controlo metabólico.

Com o intuito de uniformizar a linguagem e intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa com diabetes, nos cuidados de saúde primários e hospitalares, elaborou-se este manual onde se encontra toda a informação fornecida no decurso do Workshop: Formar para Educar em Diabetes.



## 1. SAÚDE ORAL NA DIABETES

**WORKSHOP | FORMAR PARA EDUCAR EM DIABETES**

### Saúde Oral





Higienista Oral Sónia Silva  
Licenciada em Higiene Oral  
Dezembro 2018

REPÚBLICA PORTUGUESA SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE arslvt

### OBJECTIVOS

- Complicações na saúde oral;
- Esclarecimento e reforço da motivação para a higiene oral;
- Divulgar o Cheque dentista nas pessoas idosas e cancro oral.



### PLACA BACTERIANA



Saliva → Restos Alimentos → Bactérias → Placa Bacteriana

### CÁLCULO DENTÁRIO



Não é removido através de escovagem

Removido por destartização realizada por um profissional de saúde oral

### GENGIVITE



Gengiva inchada

De cor vermelha

Pode sangrar

### DOENÇA PERIODONTAL



Inflamação gengival

Reabsorção de osso

Perda de dentes

## RISCOS PARA A PESSOA COM DIABETES

- “Pode” desenvolver:
  - 3x mais risco → doença periodontal
  - xerostomia
  - infeções
- Descontrolo glicémico:
  - progressão rápida
  - severidade da periodontite



## CÁRIE DENTÁRIA



- Amolecimento do tecido dentário
- Formação de uma cavidade
- Dor
- Abscesso dentário

## XEROSTOMIA / DISFUNÇÃO SALIVAR

- Boca seca- ↓ saliva
- - saliva/ +cáries, + infeções, +úlceras
- Hálito adocicado com cheiro “frutado”

↓  
Carência de insulina

400 medicações que podem causar a hipossalivação ,  
+ comuns os antidepressivos, antialérgicos, calmantes,  
diuréticos e anti-hipertensivos.



## CANDIDIASE



- Infecção fúngica- *cândida*
- Quando a taxa de glicose está alta, há um aumento de acidez na cavidade oral.

## AFTAS E GLOSSITES

- **Próteses mal adaptadas**
- **trauma**



- Dificuldade de deglutição;
- Língua sensível ou dolorida;
- Língua com aspeto liso;
- Coloração avermelhada da língua;
- Língua pálida quando a inflamação foi causada por anemia e vermelho vivo quando causada por deficiência de vitamina do complexo B;



## LÍQUEN PLANO



Líquen plano erosivo



Líquen plano reticular

## ESCOVAGEM



## CUIDADOS COM A ESCOVA

- Não Partilhar
- Trocar de 3 em 3 meses ou mais cedo se necessário
- Não guardar em sítios húmidos



## OUTROS MEIOS DE REMOÇÃO DE PB



Escovilhão



Escova para Próteses



## SENSIBILIDADE DENTÁRIA



## FUMADORES

- Novidades:  
... STOP smoking!!
- Nicotina
- Silêncio da progressão periodontite e sem sintomas evidentes



## AValiação PERIÓDICA

- Prevenção de novas lesões
- Exame periodontal anual
- Controle dos problemas orais
- Doentes fumadores



VISITAR DENTISTA OU HIGIENISTA  
6/6 MESES

## CHEQUES DENTISTAS SOP

### CRITÉRIOS:

- Beneficiário do complemento solidário(SS)
- 2 cheques/ano
- Tratamentos/ extrações /Cobre 75% na despesa próteses removíveis (limite 250€)



## CHEQUES DENTISTAS Cancro Oral

### CRITÉRIOS:

- Diagnóstico
- Rastreio a homens +40 anos/ alcoólicos
- Lista de Médicos Dentista específicos (PIPCO)



## CHEQUES DENTISTAS SOG

### CRITÉRIOS:

- estar grávida;
- 3 cheques;
- pode utilizar 60 dias após o parto.



## CHEQUES DENTISTAS SOI/ SOCI

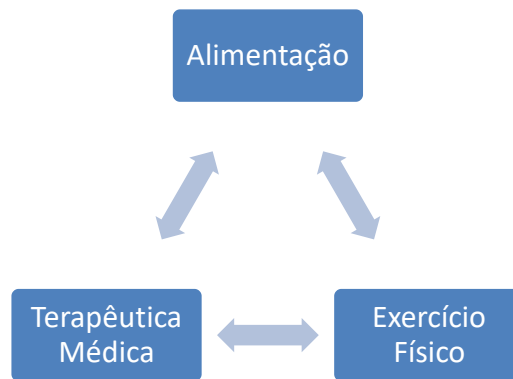
### CRITÉRIOS:

- S. Infantil:
- 1 cheque/ ano
- 3 meses de validade
- Crianças e Jovens:
- ano letivo- ano de nascimento
- validade até 31 Outubro



## 2. ALIMENTAÇÃO NA DIABETES

Para atingir os objetivos nutricionais é necessária uma equipa multidisciplinar, que envolva também o doente diabético. Um nutricionista, com conhecimentos sobre a terapêutica médica nutricional, deve ser responsável por providenciar os cuidados nutricionais



### Alimentação Saudável vs Alimentação na Diabetes Mellitus

A pessoa com diabetes deve ser educada no sentido de adotar hábitos alimentares saudáveis, iguais aos das pessoas não diabéticas.

- **Prevenção primária:** Intervir na saúde pública e com terapêutica médica nutricional, em indivíduos com obesidade e pré diabetes (hiperglicemia);
- **Prevenção secundária:** Usar a terapêutica médica nutricional para o controlo metabólico da diabetes;
- **Prevenção terciária** (prevenir morbilidade e mortalidade): Usar a terapêutica médica nutricional para atrasar ou controlar as complicações da diabetes.

### Uma alimentação saudável permite:

- Atingir e/ou manter um bom estado de saúde através de uma ótima nutrição;
- Promover o normal crescimento e desenvolvimento das crianças;
- Assegurar o decorrer da gestação e aleitamento dentro da normalidade;
- Alcançar glicemias normais e prevenir as hipoglicemias;
- Impedir, atrasar, tratar complicações ou fatores relacionados com a nutrição.



## Diabetes Gestacional (DG)

### Abordagem Universal

- 1º Trimestre – Avaliação da glicemia em jejum  
< 92 mg/dl : PTGO 75 g glicose 24-28 semanas



<u>Normal</u>	<u>DG</u>
Jejum < 92	Jejum ≥ 92
1 hora < 180	1 hora ≥ 180
2 hora < 153	2 hora ≥ 153

≥ 92 mg/dl e < 126 mg/dl - Diabetes Gestacional;

≥ 126 mg/dl OU glicemia ocasional ≥ 200 mg/dl OU HbA1c 6,5% - Diabetes Prévia.

### Ganho Ponderal



IMC Prévio à gravidez	Ganho total	Ganho ponderal semanal no 2 e 3º Trimestre
Baixo peso (< 18 kg/m <sup>2</sup> )	12,5-18	0,51
Normal (18,5 – 24,9 kg/m <sup>2</sup> )	11,5-16	0,42
Excesso de peso (25,0 – 29,9 kg/m <sup>2</sup> )	7-11,5	0,28
Obesidade (≥ 30,0 kg/m <sup>2</sup> )	5-9	0,22

### Recomendações Nutricionais:

O plano alimentar deve ser personalizado e elaborado por nutricionista.

#### Na gravidez:

- Calorias ajustadas às necessidades individuais – mais 300 kCal;
- Hidratos de Carbono: 55 a 60% do valor calórico diário;
- Proteínas: 15 a 20% do valor calórico diário;
- Gorduras: 25 a 35% do valor calórico diário;

#### Na grávida com Diabetes Gestacional

- Calorias ajustadas às necessidades individuais – mais 300 kCal ;
- Hidratos de Carbono: 50 a 55% do valor calórico diário (min. 175 g HC /dia)
- Proteínas: 15 a 20% do valor calórico diário;
- Gorduras: 30% do valor calórico diário.

### **Prescrição do regime alimentar**

Valor calórico – 25 a 30 kCal/kg (EP),

< 20 kCal/kg (obesa)

Os hidratos de carbono/valor calórico total devem ser distribuídos ao longo do dia por:

- 3 refeições principais;
- 2 a 3 lanches;
- Ceia – Hipoglicémia noturna e cetose matinal.

### **Vitaminas e minerais**

- Necessidades aumentadas em 15 a 25%;
- Cálcio e Fósforo aumentado de 50%;
- Ferro aumentado de 100 %;
- Ácido Fólico aumento superior a 100%

**Sódio** – 2400 a 3000 mg

**Água** – 8 a 10 copos /dia (2300ml líquidos dia/3000 ml total)

Na Consulta de Nutrição à grávida com DG deve-se:

- Identificar medos/ preocupações da grávida ;
- Avaliar crenças, atitudes em relação à doença, alimentação, peso e atividade física ;
- Determinar o dia a dia, com quem, onde, como;

### **Inquérito alimentar**

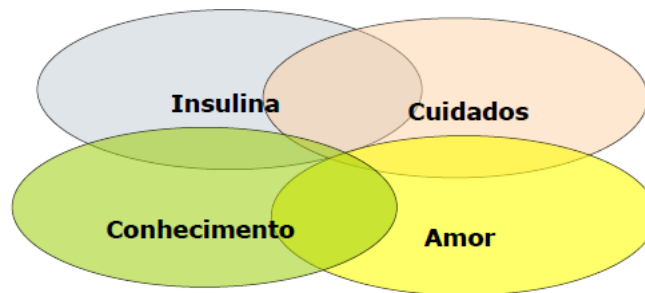
- Cálculo de IMC, Valor calórico e nutricional;
- Número de refeições e horários – trabalho vs baixa;
- Atividade física vs repouso instituído pela obstetra;
- Outros hábitos/gostos e culinária;
- Distribuição das refeições vs glicemias instituídas pela endocrinologia;
- Resolução de dúvidas.
- Diabetes prévia à gravidez

**Quando a Diabetes é anterior à gravidez deve-se:**

- Aconselhar e planear da gravidez;

- Decidir/intervir na terapêutica;
- Avaliar necessidades energéticas e nutricionais;
- Corrigir os desvios nutricionais detetados
  - dietas restritivas
  - contagem dos HC - lista de equivalências
  - abstinência de álcool/tabaco/restrição de bebidas
  - ricas em cafeína
- Realizar ajustes insulínicos / Insulino resistência na DM tipo 2 e obesidade.

### Diabetes Tipo 1



- Avaliação Peso /Estatura/IMC;
- Desenvolvimento e discussão do plano alimentar com a criança e a família baseado:
  - Recomendações nutricionais = crianças saudáveis;
  - 6-12 anos acréscimo resultante de desenvolvimento e maturação física – excesso peso e obesidade;
  - Equilíbrio alimentos vs Insulina vs actividade física.
- Avaliação das escolhas alimentares da criança/adolescente /jovem adulto;
- Que mudanças permite fazer e é capaz de sustentar;
- Adaptar / Ajustar / Procurar reforços e motivação – confiança!

### Princípios gerais para bom controlo glicémico

#### Equilíbrio entre

- Alimentação
- Insulina administrada

- Atividade física

### Hidratos de Carbono

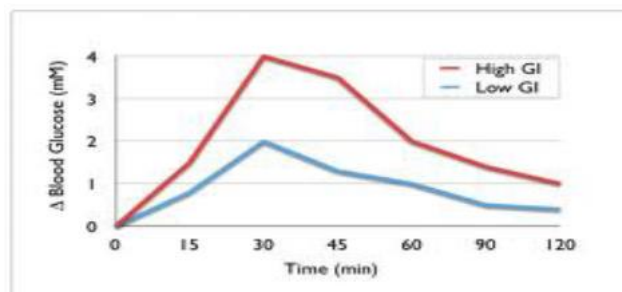
- Maior determinante da glicemia pós-prandial (Tipo e Quantidade/ Simples vs Complexos);
- 50 a 55 % VCT;
- Nunca menos de 130g/dia.
- Monitorizar a ingestão de HC, tanto por contagem, como substituições equivalentes ou estimativa baseada na experiência



### Controlo Glicémico Ideal

### Índice Glicémico

Classifica os alimentos de acordo com a sua capacidade de elevar a glicemia



### Influenciado por diversos fatores:

- Fatores individuais;
- Tipo de amido (amilose/amilopectina) e gelatinização;
- Quantidade de fibra (viscosa/solúvel) no alimento;
- Processamento;
- Cozedura/Calor;
- Outros nutrientes (fibras e gorduras);
- Acidez.



### **Carga Glicémica**

Representa tanto o tipo como a quantidade de HC consumidos

$$\frac{\text{IG x HC (g) na Porção consumida}}{100}$$

Carga Baixa=10 ou menos; CG média =11 a 19; CG elevada =20 ou mais

### **Conclusões:**

- Não devem ser usados isoladamente;
- Considerados como instrumentos de ajuda adicionais;
- Ter em consideração outros fatores nutricionais importantes
  - Valor energético;
  - Teor de outros macronutrientes;
  - HC disponíveis;
  - Teor de fibra nos alimentos.

### **Terapêutica da DM com contagem de HC**

- A contagem de HC ingeridos à refeição representa uma estratégia eficaz para um ótimo controle glicémico;
- O objetivo é proporcionar, aos diabéticos a fazer terapêutica insulínica intensiva, uma flexibilidade na ingestão alimentar e ajustar as necessidades de insulina de ação rápida a cada refeição;
- A contagem de HC permite um melhor controlo metabólico através da alimentação.
- Consiste em agrupar os alimentos em quantidades pré-determinadas a que se chamam “equivalentes ou porções” e que nos fornecem valores semelhantes de HC, que outros alimentos dentro do mesmo grupo;
- Exige um contacto frequente com nutricionista.

### **Básica**

- Para as pessoas com DM tipo 2 e para quem faz insulino terapia convencional – preparação para insulino terapia intensiva;
1. Saber utilizar os alimentos que têm HC;

2. Ensinar ingestão de quantidades consistentes de HC, pelo uso das equivalências, para facilitar trocas ou substituições mantendo a quantidade total de hidratos de carbono.

#### **Avançada**

- Para quem faz insulinoterapia intensiva (basal/bólus) e usa bomba infusora de insulina;
- Ajusta-se a dose de insulina de ação rápida a cada refeição ou lanche, em função da quantidade de HC ingerida e da glicemia pré-prandial da refeição.

#### **Contagem de HC**

- **Insulinoterapia convencional:** Manter de dia para dia, a quantidade de HC estipulada para cada refeição;
- **Insulinoterapia intensiva ou bomba infusora:** Insulina ação rápida administrada às refeições, ajustada à quantidade de HC ingerida às refeições

#### **Fatores que fazem variar sensibilidade à insulina:**

- Idade;
- Composição corporal;
- Atividade física;
- Hora da refeição;
- Emagrecimento/ Aumento de peso;
- Alterações hormonais.

#### **Insulinoterapia intensiva**

- Se glicemia é inferior ao normal
- Ingestão de HC de absorção rápida;
- Aguardar recuperação para valores normais;
- Administrar insulina de acordo com a quantidade de HC ingeridos à refeição, no final da refeição.

#### **Vantagens**

- Aumento da flexibilidade em relação ao horário das refeições e quantidade de HC

#### **Inconvenientes**

- Aumento de peso;
- Desequilíbrio nutricional

**Lista de equivalentes = Lista de equivalentes para  
Hidratos de Carbono (15g)**

### EQUIVALÊNCIAS DE HIDRATOS DE CARBONO

Esta tabela apresenta quantidades de alimentos que contêm o mesmo valor de hidratos de carbono. Podem ser substituídos entre si, para variar a composição das refeições sem alterar o valor total dos hidratos de carbono.

AMÍDOS

1 batata  
(tamanho do ovo)

2 colheres sopa  
arroz ou massa

3 colheres sopa  
grão ou feijão

6 colheres sopa  
favas ou ervilhas

pão integral  
(30 g)

pão mistura  
(25 g)

2 tostas integrais

2 colheres sopa  
flocos de aveia

3 colheres sopa  
cereais integrais  
(ricos em fibras)

2 bolachas  
água e sal  
cream cracker

FRUTA

1 laranja ou  
2 tangerinas pequenas

1 maçã média

1 pêssego

1 pêra média

metade de banana

14 morangos  
(230 g)

LACTÍNIOS

1 copo de leite  
(250 ml)

1 iogurte líquido  
(s/ açúcar)

- 1 rodela de ananás;
- 20 cerejas;
- 3 ameixas médias;
- 1 kiwi grande;
- Metade de uma manga ou meloa;
- 12 bagos de uvas;

**Outros:**

- 1 rissol (50g)
- ¼ prato de Arroz de Polvo
- 2 salsichas médias
- 1 fatia de pizza
- 11 unidades de línguas de gato

**Como fazer a contagem de HC?**

1. Consultar as listas de equivalentes;
2. Utilizar as medidas ou pesos para saber quanto é 1 porção de HC em cada alimento;
3. Contar e somar o nº de porções de HC consumidos a cada refeição;
4. Leitura de rótulos;



## 5. Treinar/ Visualizar /executar!

### Como calcular?

#### Facto de Sensibilidade à insulina (FSI)

Glicemia que é reduzida por 1 unidade de insulina

- Somar toda a insulina administrada (basal e prandial) no dia anterior;
- Repetir procedimento para mais 2 ou 3 dias
- Calcular a dose diária média – Dose Diária Total (DDT)

Dividir 1500 ou 1800 por DDT

#### Relação Insulina /Hidratos de Carbono

#### A quantidade de insulina necessária para cada equivalente

#### de HC ingerido

- Calcular a dose diária de insulina (DDT)
- Dividir 500 pela DDT = nº gramas de HC sobre os quais atua 1 unidade de insulina
- Regra para determinar o equivalente HC (15g)

#### **Notas:**

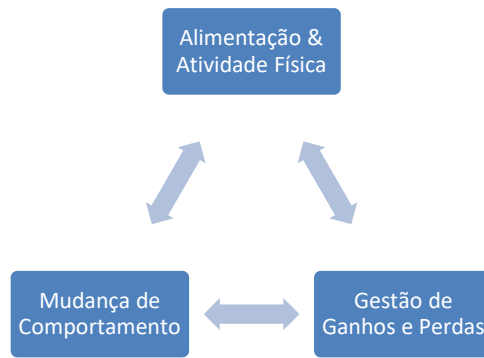
- Novos alimentos e nova estruturação de plano alimentar = monitorização frequente das glicemias;
- Planeamento de ementa escolar/ festas aniversários e outras ocasiões fora do quotidiano;

## Diabetes Tipo 2

### Fatores Risco Ambientais (Estilo de vida)

- Excesso de Peso/Obesidade;
  - Obesidade central ou visceral associa – se a insulinoresistência, perfil lipídico aterogénico e outras alterações relacionadas com o síndrome
  - metabólico
  - Síndrome metabólico = risco associado para a doença cardiovascular





- Redução da Atividade Física;
- Fatores nutricionais;
- Ingestão elevada de calorias;
- Diminuição de fibras;
- Carga glicémica elevada;
- Baixa relação gordura polinsaturada e saturada;

### **Pré-Diabetes ou Hiperglicemia intermédia**

Fator risco major para desenvolvimento da DM tipo 2 – Apresenta frequentemente outros fatores de risco cardiovasculares

- Obesidade abdominal;
- Hipertrigliceridémia;
- ↑ LDL e de ↓ HDL
- HTA

### **■ Evolução DM tipo 2 e Doença cardiovascular**

### **Programa de Prevenção da Diabetes**

- Perda progressiva de 5 a 10% do peso ideal (Redução de 500 kCal/dia e ingestão de gordura diminuída, ingestão de fibras 14 g por cada 1000kcal);
- Atividade física moderada e regular – 150 min /sem – cerca de 30 min/dia.

### **Terapêutica Nutricional**

1. Obter e manter as glicemias tão próximas dos valores normais quanto possível;
2. Prevenção e terapêutica da obesidade, dislipidémia e HTA;
3. Prevenir ou reduzir o risco das complicações crónicas da diabetes;

4. Proporcionar necessidades nutricionais individuais, considerando preferências individuais, culturais e disponibilidade para mudar.

### **Distribuição por Macronutrientes**

#### **Hidratos de Carbono:**

- 45 – 60% do VET;
- O tipo e a quantidade de HC dos alimentos influenciam o nível de glicemia;
- Equivalentes ou contagem de HC – favorece o controlo glicémico;
- Sacarose e alimentos com este ingrediente incluído;
- Ingestão de HC superior a 130g/dia.
- HC distribuídos ao longo do dia, refeições suficientes, quantidades moderadas de cada vez;
- Manter de dia para dia, horários e quantidades planeadas ara cada refeição



Tratamento com sulfonilureias ou insulina

#### **Fibras Alimentares:**

- 25 a 30 g / dia
- Solúveis e insolúveis;
- Gastroparésia diabética.

#### **Produtos açucarados:**

##### Gestão dos abusos;

- Estado nutricional;
- Horários;
- Monitorização de glicemias;
- Adoçantes.

#### **Proteínas**

- 15 a 20% Proteínas;
- Recomendações idênticas às da população geral;
- Estimulante para a secreção insulínica – níveis plasmáticos de glicose em diabéticos do tipo 2 controlados;
- Gordura saturada vs insaturada;

- Colesterol e Risco cardiovascular;
- Ingestão vs Risco renal e cardiovascular.

### **Proteína e nefropatia**

- 20 a 40% das pessoas com diabetes;
- Fase inicial  
Microalbuminúria : albuminúria persistente de 30 a 299 mg/24h  
Macroalbuminúria :  $\geq 300$  mg/24h

**Recomendações:** 0,8 -1 proteínas/kg/dia;

- 0,8 proteínas /kg/dia

**Objetivo:** Atrasar a progressão da função renal

### **Lípidos:**

- 30 % caloria;
- Gordura saturada < 7%;
- Mínimo de ingestão gordura *trans*;
- Gordura mono e polinsaturada < 10%
- Menos oxidável e aterogénica;
- Ômega 3 – propriedades anti-inflamatórias, de agregabilidade, vasoconstrição e diminuição de TGL.
- Colesterol <200 mg/dia

### **Álcool**

- Homens: 30g álcool/dia ( 2 copos de vinho ou 2 cervejas/dia)
- Mulheres: 15 g álcool/dia ( 1 copo de vinho ou uma cerveja)
- Refeições completas;
- Bom estado nutricional e doença bem controlada;
- Excesso de peso e Obesidade
- Hipoglicemias
- Polimedicação e comorbilidades existentes.

### **Sal**

- Redução de ingestão de sódio <1500 mg/dia e
- incrementar o potássio;
- Resolução de EP/obesidade;
- Função renal e cardíaca;

### DM tipo 2 em idosos

- Função física e cognitiva intacta = recomendações idênticas os adultos -Hidratação;
- Individualizar metas glicémicas e controlo de comorbilidades – Clínica e função heterogénea;
- Hipoglicemias e Apetite/Solidão
- Alterações de mobilidade física, acuidade visual, falta de peças dentárias e problemas periodontais.

### DM tipo 2 e Cirurgia Bariátrica

- Recomendada em indivíduos obesos, mal controlados sem sucesso com TMN;
- Remissão de DM vs técnica cirúrgica utilizada;
- Benefícios a curto prazo vs riscos

### Roda dos Alimentos

#### Roda dos alimentos para pessoas com Diabetes

### Caso Prático

#### Dia Alimentar

- Adulto jovem (mulher) sedentária com DM tipo 2 com disautonomia e neuropatia periférica;
- Adulto activo (homem) (agricultor e “desportista”) com DM tipo 2 com hipoglicemias recorrentes;

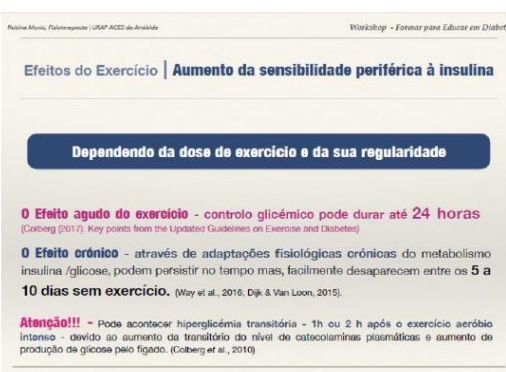
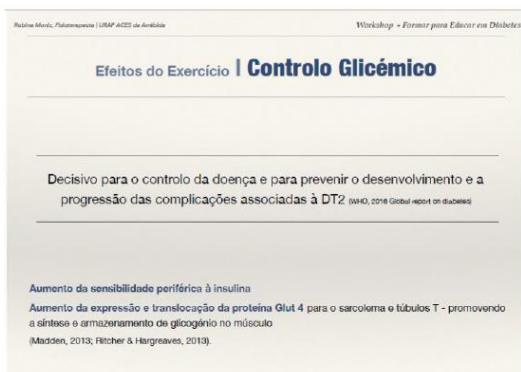




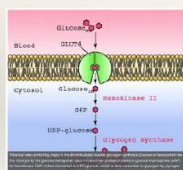
### Notas Finais:

- Cada pessoa com diabetes, tipo 1 ou tipo 2 deve ter uma TN individualizada elaborada por um nutricionista (esquema de insulina intensiva e a fazer contagem de HC);
- Perda de peso (5 a 10% do peso atual) associado a deficiência em calorias ( sem alteração % de macro nutrientes!) traz benefícios no controlo metabólico da diabetes;
- Diabéticos devem evitar álcool ou bebidas açucaradas de forma
- a controlar quer a obesidade quer o fígado gordo;
- A ingestão de peixes gordos – cavala, sardinhas e atum ( 3 x semana) deverá ser incentivada;
- Exercício físico: Adultos: 150min de atividade física moderada a intensa, dividida por 3 dias/semana - não mais que 2 dias
- consecutivos; 2x semana exercícios de força e resistência/
- equilíbrio e flexibilidade ;
- evitar estar sentado mais de 30min.

### 3. DIABETES E O EXERCÍCIO FÍSICO



## Efeitos do Exercício | Aumento da expressão e translocação GLUT 4



Pode acontecer entre **3 e 24 h** após o exercício (Ritcher & Hargreaves, 2013)

Se a prática de exercício for regular e consistente (crônica) - permite que esta expressão se mantenha estável no tempo e consequentemente que o controle glicêmico se mantenha (Ritcher & Hargreaves, 2013)

## Efeitos do Exercício | Indicadores clínicos

**HbA1c**

**Glicémia Pós Prandial**

**Glicémia em jejum**

**PAS/PAD**

**Perfil Lipídico**

**Perímetro Abd Peso corporal**

Hayashino, et al. (2012); Pedersen & Saltin (2015); MacLeod et al. (2013); Unpoem D, et al. (2011)

Rubina Monte, Fisioterapeuta | URAP ACES da Amébida

Workshop - Formar para Educar em Diabetes

## Efeitos do Exercício | Significado clínico - HbA1c

**Redução média em -0.67% (95%CI, -0.84% a -0.49%)**

(Jumppier et al., 2011)

- Manter a HbA1c < 7% - pode reduzir até 76% o risco de complicações CV.
- Por cada 1% de aumento na HbA1c - aumenta em 1,18% o RR de doenças cardiovasculares
- Por cada diminuição de 1% na HbA1c - está associada uma redução de 37% em complicações microvasculares e de 14% nos enfartes do miocárdio. (Chutkai et al., 2010)

Rubina Monte, Fisioterapeuta | URAP ACES da Amébida

Workshop - Formar para Educar em Diabetes

## Efeitos do Exercício | Significado clínico - Glicémia Pós-prandial

**APREF pode superar os efeitos da medicação** - associado a uma diminuição da prevalência dos episódios de HG pós-prandial superior a > 30 %, num período de 24 h após o exercício (aeróbico ou RF).

**Esta associação parece ser independente dos níveis de HbA1c e de glicémia em jejum** Dijk & Van Loon (2015).

As flutuações da glicémia pós-prandial - episódios agudos de HG, estão associados com complicações micro e macrovasculares e com a mortalidade cardiovascular (Pedersen & Saltin (2015).

Rubina Monte, Fisioterapeuta | URAP ACES da Amébida

Workshop - Formar para Educar em Diabetes

## Efeitos do Exercício | Significado clínico - PAS/PAD e HDL/LDL

- Mais efetivo na redução PA (Colberg et al., 2010), com resultados mais favoráveis na população idosa e em programas de exercício mais prolongados (Hayashino et al., 2012).
- Maiores benefícios observados no aumento do HDL-C - > 60 anos de idade e na diminuição do LDL-C, com programas de exercícios mais prolongados (> 40 semanas) (Hayashino et al., 2012).

Rubina Monte, Fisioterapeuta | URAP ACES da Amébida

Workshop - Formar para Educar em Diabetes

## Avaliação Pré Exercício | Necessidade de Avaliação Médica Prévia?

- A maioria das pessoas com diabetes sem sinais de isquemia coronária não necessita de uma avaliação médica rigorosa antes de iniciar um programa de exercícios com intensidade leve a moderada (Sigal et al., 2018).
- Os indivíduos que apresentem complicações (HTA descontrolada; neuropatia do SNA, neuropatia periférica, história de lesão na pele, retinopatia proliferativa), devem ser sujeitos a avaliação médica mais aprofundada e rigorosa (ex. PE c/ ECG) - caso o exercício seja com uma intensidade vigorosa (América Diabetes Association, 2010; Colberg et al., 2010).

Ser sedentário coloca os utentes em maior risco de doença, do que ser fisicamente ativo

Rubina Monte, Fisioterapeuta | URAP ACES da Amébida

Workshop - Formar para Educar em Diabetes

## A PREF quando coexistem comorbilidades | Que cuidados?

- **Elevado risco de doença coronária** - iniciar o exercício com baixa intensidade, por períodos curtos - progredir lentamente em duração e intensidade (América Diabetes Association, 2010).
- **Neuropatia periférica** - Evitar o exercício em carga, só no caso em que existam úlceras ativas nos pés; Calçado apropriado + inspeção dos pés - o exercício moderado em carga, previne o surgimento de úlceras. (Sigal et al., 2018)



## A PREF quando coexistem comorbidades | Que cuidados?

- **Neuropatia do SNA** - Evitar o exercício em ambientes com temperaturas extremas; ingestão de H<sub>2</sub>O (Sigal et al., 2018).
- **Retinopatia pre-proliferativa e proliferativa** - deve ser tratada e estabilizada antes de iniciar um programa de exercício com intensidade vigorosa; evitar manobras de valsalva (PIO) (Sigal et al., 2018).
- **Nefropatia** - Iniciar gradualmente o programa de exercícios; evitar manobras de valsalva (PA) (Sigal et al., 2018).

## A PREF | Que tipo de exercício recomendar?

T

- Exercício aeróbio
- Exercícios resistidos (RF)
- Combinado - mais efeitos
- Considerar toda a Atividade Física não estruturada - ex. marchas; jardinagem etc

Sigal et al., 2018  
Colberg (2017)

Aquecimento / Retorno à calma / alongamento

Rubine Moritz, Fisioterapeuta | URAP ACES de Anápolis

Workshop - Formar para Educar em Diabetes

## A PREF | Com que frequência recomendar?

F

- Exercício aeróbio - pelo menos 3 x/sem
- Exercício RF - 2 a 3 x/sem

Sigal et al., 2018  
Colberg (2017)

## A PREF | Com que intensidade recomendar?

I

- Aeróbio e RF - pelo menos intensidade moderada

Sigal et al., 2018  
Colberg (2017)

## A PREF | Com que duração recomendar?

D

- Aeróbio - pelo menos 30 min/dia (pode ser 10+10+10) - Acumular pelo menos 150 min/sem se a intensidade for moderada ou 60min/sem, se vigorosa.
- RF - pelo menos 5 a 8 exercícios (grandes grupos musculares); 10 a 15 reps; 1 a 4 séries.

Sigal et al., 2018  
Colberg (2017)

## A PREF | VS Prática sedentária

- O tempo de inatividade está associado ao aumento da HbA1c; adiposidade central; IMC; triglicéridos; PAS; proteína C reactiva e hiperglicémia!!!!
- A Recomendação para reduzir o tempo sentado deve existir sempre, paralelamente e independentemente da recomendação para ser fisicamente ativo!!!

### Recomendação

"Breaks" pelo menos 3 minutos a cada 30 minutos de inatividade (mesmo com movimentos simples e leves como marcha)

Sigal et al., 2018  
Colberg (2017)

Rubine Moritz, Fisioterapeuta | URAP ACES de Anápolis

Workshop - Formar para Educar em Diabetes

## A PREF | Monitorizar a Intensidade

### Sensação subjetiva de esforço/ teste da fala

6	Sem nenhum esforço
7	
8	Extremamente leve
9	Muito leve
10	
11	Leve
12	
13	Um pouco intenso
14	
15	Intenso (pesado)
16	
17	Muito Intenso
18	
19	Extremamente intenso
20	Máximo esforço

TABLE 5. Classification of exercise intensity: relative and absolute exercise intensity for cardiorespiratory

Intensity	Relative Intensity			Perceived Exertion (Rating on 6-20 RPE Scale)
	%HR or %VO <sub>2</sub> R	%HR <sub>max</sub>	%VO <sub>2</sub> max	
Very light	<30	<57	<37	<Very light (RPE < 9)
Light	30-39	57-63	37-45	Very light-fairly light (RPE 9-11)
Moderate	40-59	64-76	46-63	Fairly light to somewhat hard (RPE 12-13)
Vigorous	60-89	77-95	64-90	Somewhat hard to very hard (RPE 14-17)
Near-maximal to maximal	≥90	≥96	≥91	≥Very hard (RPE ≥ 18)

Table adapted from the American College of Sports Medicine (14), Howley (173), Swain and Frankl

Rubina Moniz, Fisioterapeuta | URAP ACES da Arrábida Workshop - Formar para Educar em Diabetes

### A PREF | Ajustar aos contextos

O exercício deve ser adequado ao contexto/ às necessidades e características individuais / condição clínica.

- Preferências do indivíduo / Motivação / Acessibilidade / Suporte social;
- Idade;
- Capacidade funcional / condição Física;
- Comorbilidades - olhar para além das comorbilidades relacionadas com a DT2.
- início gradual

Dijk & Van Loon (2015).

Rubina Moniz, Fisioterapeuta | URAP ACES da Arrábida Workshop - Formar para Educar em Diabetes

### A PREF | Que cuidados?

- Medir a glicémia antes, durante e após o exercício
- Medir a PA
- Restrição ao exercício - hiperglicémia prévia ao exercício > 300 mg/dl
- Ingestão de hidrato de carbono previamente ao exercício - hipoglicémia < 100mg/dl
- H<sub>2</sub>O

Rubina Moniz, Fisioterapeuta | URAP ACES da Arrábida Workshop - Formar para Educar em Diabetes

### A PREF | Risco de Hipoglicémia?

O risco de hipoglicémia é baixo - na ausência de tomas de insulina ou segregadores de insulina

- Na toma de insulina ou segregadores de insulina - necessidade de adequar a medicação ou a ingestão de hidrato de carbono
- Evitar o exercício durante o pico de acção da insulina ou imediatamente antes de deitar
- Evitar injectar insulina no grupo muscular que for trabalhar
- Trazer sempre 2 pacotes de açúcar e uma fonte de hidrato de carbono
- Conhecer os sinais de hipoglicémia (suores; tremores; fome intensa; tonturas; confusão; irritabilidade; tremor; dor de cabeça; visão turva)
- Fazer exercício com companhia

Colbert et al., (2010); american diabetes association (2016)

Rubina Moniz, Fisioterapeuta | URAP ACES da Arrábida Workshop - Formar para Educar em Diabetes

### A PREF | Risco de Hipoglicémia?

Risco de Hipoglicémia - consoante medicação e picos de acção da insulina

TYPE	NAME Generic & (Brand) Name	ONSET	PEAK	DURATION
Rapid-acting	Aspart (Novolog) Glargine (Apidra) Lispro (Humalog)	5-15 minutes	30-90 minutes	<5 hours
Short-acting	Regular	30-60 minutes	2-3 hours	5-8 hours
Intermediate-acting	NPH	2-4 hours	4-10 hours	10-16 hours
Long-acting	Detemir (Levemir) Gargine (Lantus)	2-4 hours	None	24 hours

CLASS	HOW THEY WORK	NAMES - Generic & (Brand) Name	RISK OF HYPOGLYCEMIA
Sulfonylureas	Stimulate pancreas to make more insulin, both right after a meal and for several hours later	- Glimepiride (Amaryl) - Glipizide (Glucotrol, Glucotrol XL) - Glyburide (Diabeta, Micronase, Glynase)	Yes
Meglitinides	Stimulate pancreas to release more insulin right after a meal	- Nateglinide (Starlix) - Repaglinide (Prandin)	Yes
Biguanides	Decrease amount of glucose released from liver	- Metformin, metformin XR	Not likely, but possible
Alpha-Glucosidase inhibitors	Slow carbohydrate digestion	- Acarbose (Precose) - Miglitol (Glyset)	Yes, if used with sulfonylureas or insulin
Thiazolidinediones (TZDs)	Increase insulin sensitivity in muscle and fat tissue	- Rosiglitazone (Actos) - Rosiglitazone (Avandia)	No
Dipeptidyl peptidase-4 (DPP-4) inhibitors	Enhance insulin secretion & decrease amount of glucose released from liver after a meal	- Linagliptin (Tradjenta) - Saxagliptin (Onglyza) - Sitagliptin (Januvia)	No

Note: Several of these medications are available in combination preparations.

Quinn, M. J. & Barkley, C. (2012). ACPM certified Nurse, Vol 22, 3



## A PREF | Necessidade de hidrato de carbono pré exercício?

**Table 4: Recommended Pre-Exercise Carbohydrate Intake Based on Blood Glucose Levels**

GLUCOSE PRE-EXERCISE	INTENSITY AND DURATION OF EXERCISE	EXTRA FOOD NEEDED
Less than 100 mg/dl	Low (< 30 minutes)	15 gms carbohydrate
	Moderate (30-60 minutes)	30 gms carbohydrate
	Strenuous (>1 hour)	60 gms carbohydrate
101-170 mg/dl	Low	No extra food needed
	Moderate	15 gms carbohydrate
	Strenuous	30 gms carbohydrate
171-300 mg/dl	Low	No extra food needed
	Moderate	No extra food needed
	Strenuous	15 gms carbohydrate
Over 300 mg/dl	**Don't begin exercise until blood sugar is under better control.	

Oyoo, M L & Berkley, S (2012). ACSM certified News, Vol 22: 3

## A PREF | Como começar? Exemplo exercício aeróbio

**MARCHA** - Altamente recomendada / acessível / segura / envolve grandes grupos musculares / funcional (pelo menos 150 minutos semana com intensidade pelo menos moderada):

- Recurso a estratégias motivacionais - ex.. suporte social; pedómetros; tecnologia (Apps).
- início gradual e progressivo em duração/frequência/intensidade

Considerar a atividade física não estruturada de forma regular e consistente (ex. marcha; jardinagem; trabalhos domésticos)

- no período de 3 horas após as refeições;
- com muita frequência durante o dia, 3 a 15 minutos de cada vez e a cada 30 minutos de atividade sedentária.

ACSM (2018)

## A PREF | Exemplos de exercícios RF autónomos

### Aquecimento

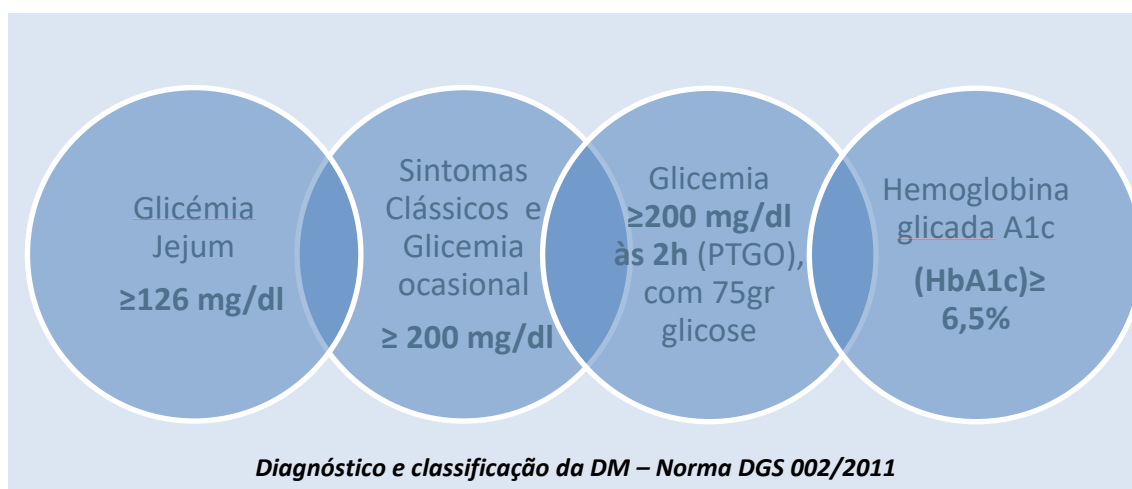
Treino dos principais grupos musculares do:

- Membros superiores
- Membros inferiores
- Tronco

Retorno à calma que deve incluir exercícios de alongamento

#### 4. DIABETES – ASPETOS A CONSIDERAR NA CONSULTA DE ENFERMAGEM

##### Critérios de diagnóstico



## HbA1c

- Valor laboratorial que mede a quantidade de glicose ligada à hemoglobina dos glóbulos vermelhos;
- Fornece uma medida aproximada da glicémia nos últimos dois a três meses

##### Identificação de Categorias de risco aumentado para a diabetes



Diagnóstico e classificação da DM – Norma DGS 002/2011

### Quadro de correlação entre os valores de hemoglobina glicosilada e Glicémia Média

HbA1c %	Glicémia média plasma (mg/dl)	Interpretação
4	68	Diabetes Controlada
5	97	
6	126	
7	154	
8	183	Diabetes não controlada
9	212	
10	240	
11	269	
12	298	

#### Parâmetros da Diabetes bem controlada:

- Glicémias em jejum e pré-prandiais: <110mg/dl
- Glicémias pós-prandiais: <140mg/dl (duas horas após as refeições)
- HbA1c: < 7% (ideal 6,5%)

#### Doentes internados:

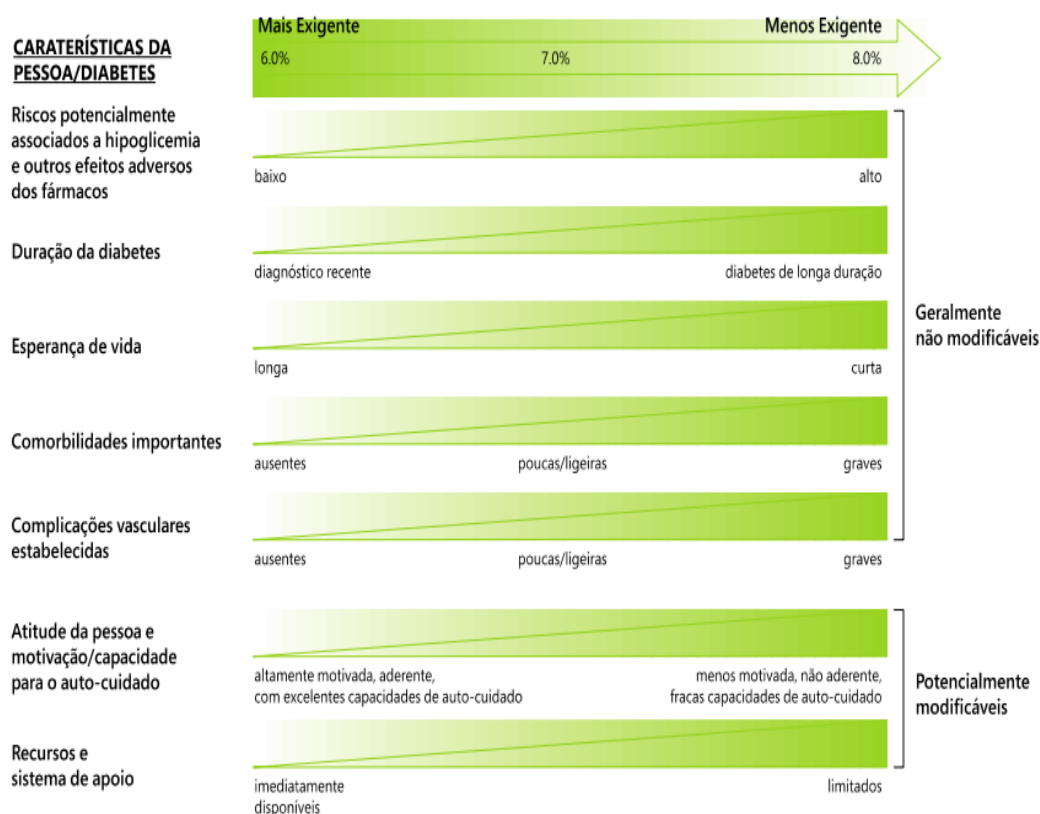
- Pré-prandial: < 140mg/dl
- Ocasional: < 180mg/dl
- Até 200mg/dl ou superior

Os objetivos metabólicos não são um fim em si próprio, mas um meio para alcançar menor morbilidade e mortalidade. O objetivo final não é tanto a A1c, mas a redução do risco cardiovascular global.

Devem ser atingidos com a estratégia adequada, isto é, a medicação correta para o doente certo. Sugere-se que os alvos glicémicos sejam ajustados de acordo com a situação clínica. Em doentes com esperança de vida limitada, síndromes geriátricas e outras fatores de risco e vulnerabilidade



à hipoglicemia, serão aceitáveis glicemias mais elevadas até 200 mg/dl (ou superiores, nos doentes em fim de vida).



### Recomendações Nacionais da SPD para o Tratamento da Hiperglicemia na Diabetes Tipo 2

- Os alvos glicémicos e as opções terapêuticas para os atingir devem ser determinados de forma individualizada.
- O plano alimentar, a atividade física e a educação terapêutica da pessoa com diabetes continuam a ser os alicerces de todos os programas de tratamento da diabetes tipo 2.
- Na ausência de contraindicações, a metformina constitui o fármaco de 1ª linha.
- Caso a terapêutica com metformina isolada não seja suficiente para obter o controlo metabólico desejado, o suporte científico, para uma escolha preferencial da terapêutica a seguir, é limitado. A associação com 1-2 agentes orais ou injetáveis é considerada razoável, com o objetivo de proporcionar melhor controlo glicémico com menos efeitos secundários.
- Muitos dos doentes irão necessitar de terapêutica com insulina isoladamente ou em associação com outros agentes para manter o controlo glicémico adequado.



- Sempre que possível, todas as decisões terapêuticas, deverão ser tomadas conjuntamente com o doente, focando as suas preferências, necessidades e valores.
- A redução abrangente do risco cardiovascular deverá constituir um foco principal da abordagem terapêutica pelo que a redução da HbA1c *per se* não constitui o objetivo final.

#### COMPONENTES DO TRATAMENTO DA DIABETES: AUTO-VIGILÂNCIA GLICÉMICA



Na diabetes, a autovigilância é fundamental para que se possam tomar decisões relativamente ao melhor controlo de cada pessoa com diabetes.

#### FREQUÊNCIA DO CONTROLO GLICÉMICO

##### ***Segundo a ADA ( American Diabetes Association )***

“A frequência não está estabelecida, mas deverá ser suficiente para atingir o bom controlo metabólico. A auto-monitorização está recomendada a todos os doentes insulino-tratados, desejada nos doentes tratados com secretagogos de insulina e em todos os doentes diabéticos que não atingiram um bom controlo metabólico”

#### FATORES CONDICIONANTES DA VIGILÂNCIA GLICÉMICA

- A idade atual do doente;
- O tipo e tempo de evolução da diabetes;
- O tipo de terapêutica antidiabética efetuada;
- O esquema de insulino terapia;
- A capacidade para seguir as orientações terapêuticas;
- As complicações da diabetes presentes;
- A variabilidade dos níveis de glicemia ao longo do dia;
- A capacidade de perceção de hipoglicémia;
- O grau de autonomia para resolução de eventuais hipoglicémias;

## GLUCÓMETROS

<sup>1</sup> Avalia cetonemia; <sup>2</sup> Sistema de aconselhamento de bólus – dose de insulina rápida; <sup>3</sup> Para invisuais

### Pesquisa de Corpos Cetónicos

Cetonemia		Interpretação	Atuação
0,0 a 0,5mmol/l		Negativo	
0,5 a 1 mmol/l		Indícios	Repetir medição após 1h
>1 a 3,0 mmol/l		Cetose	Seguir orientação definida
> 3,0 mmol/l		Cetoacidose	Ir ao hospital

ABBOTT					WELLION
PRECISION NEO <sup>1</sup>	CONTOUR XT	VERIO VERIO IQ	GLUCOCARD MX, SM	AVIVA	CALLA LIGHT
FREEDOM LITE	CONTOUR NEXT USB	SELECT PLUS	GLUCOMEN LX <sup>1</sup> , AREO	GUIDE	CALLA PREMIUM
LIBRE	CONTOUR NEXT	SELECT PLUS/VERIO FLEX		EXPERT <sup>2</sup>	CALLA DIALOG <sup>3</sup>

A sua presença no sangue, pode indicar o risco ou a existência de cetoacidose, situação esta que requer uma ação imediata.

Os corpos cetónicos surgem quando a quantidade de insulina não é suficiente o que não permite a utilização da glicose. Assim sendo o organismo vai buscar outras fontes de energia, nomeadamente os ácidos gordos, cuja decomposição origina os corpos cetónicos.

Deve-se medir quando a glicemia está permanentemente elevada ( $>250$ ), especialmente se associada a doença aguda, stress, gravidez, na presença de sintomas como polidipsia, polifagia e poliúria.

O que fazer: Repouso, evitar consumo de gorduras, beber água, administrar/ aumentar insulina.

### Glucómetros



Antidiabéticos Orais e Injetáveis

Medicação ADO	Mecanismo de Ação	Vantagens	Desvantagens	Contraindicações	Nome Genérico	Nome Comercial
Secretores de Insulina						
Sulfonilureias	Atua ao nível do pâncreas estimulando a produção de Insulina endógena e, ainda, aumenta a sensibilidade nos órgãos-alvo.	<ul style="list-style-type: none"><li>É uma terapêutica pouco dispendiosa</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Provoca frequentes hipoglicémias</li><li>Provoca aumento do peso</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Está contraindicado em pessoa com doença hepática ou renal (SU é metabolizada no fígado e excretada a nível renal).</li></ul>	Glicazida  Glimepirida  Glibenclamida Glipizida	Diamicon LM30 Diamicon LM60  Amaryl Gludon Glimial Daonil  Euglucon  Minidiab
Glinidas (Derivada D- Fenilalanina)	Estimula a produção de Insulina pancreática através das células Beta com uma rápida absorção.	<ul style="list-style-type: none"><li>Apresentam um tempo de semivida curto e como tal curta duração de ação.</li><li>Diminui as hiperglicémias pós prandiais.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Provoca frequentes hipoglicémias</li><li>Medicamento dispendioso</li><li>Necessidade de várias doses para produzir efeito</li><li>Efeitos gastrointestinais</li><li>Aumento do peso</li></ul>	Está contraindicado em caso de <ul style="list-style-type: none"><li>Doença hepática ou renal</li><li>Diabetes Mellitus tipo I</li><li>Cetoacidose Diabética</li><li>Gravidez</li></ul>	Nateglinida	Starlix
Sensibilizadores de Insulina						
Biguanidas	Suprime a produção de glicose a nível hepático e aumenta a captação da	<ul style="list-style-type: none"><li>Não provoca alteração de peso</li><li>Não provoca hipoglicémias</li><li>Medicamento pouco dispendioso</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Efeitos Gastrointestinais</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Em doentes com Insuficiência Renal</li></ul>	Metformina	Risidon Stagid Glucophage



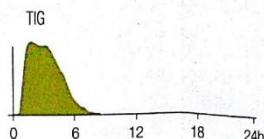
## Insulinas

### Análogo de Ação Rápida

Insulina glulisina (Apidra ®)  
Caneta pré-cheia Solostar de 3 ml  
Cartuchos recargas de 3 ml  
Frasco de 10 ml

Insulina lispro (Humalog ®)  
Cartuchos recargas de 3 ml  
Caneta pré-cheia Kwikpen de 3 ml

Insulina aspártico (Novorapid ®)  
Cartuchos recargas de 3 ml



Início da ação:  
5 a 10 min.  
Efeito máximo:  
40 a 60 min.  
Duração do efeito  
2 a 5 horas

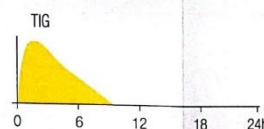


### Ação Curta (Humana)

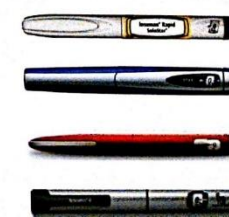
Insulina humana regular (Insuman Rapid ®)  
Caneta pré-cheia Solostar de 3 ml  
Cartuchos recargas de 3 ml

Insulina humana regular (Humulin Regular ®)  
Cartuchos recargas de 3 ml

Insulina humana regular (Actrapid ®)  
penfill recargas de 3 ml



Início da ação:  
25 a 35 min.  
Efeito máximo:  
3 a 5 horas  
Duração do efeito  
6 a 8 horas

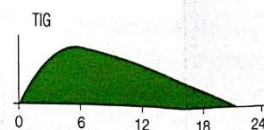


### Isofânica (NPH)

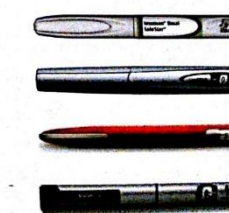
Insulina humana NPH (Insuman Basal ®)  
Caneta pré-cheia Solostar de 3 ml  
Cartuchos recargas de 3 ml

Insulina humana NPH (Humulin NPH ®)  
Cartuchos recargas de 3 ml

Insulina humana NPH (Insulatard ®)  
penfill recargas de 3 ml

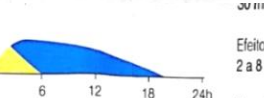


Início da ação:  
1 a 4 horas  
Efeito máximo:  
4 a 12 horas  
Duração do efeito  
até 24 horas



Insulina humana + Insulina isofânica (Humulin M3 ®)  
Cartuchos recargas de 3 ml

Insulina humana + Insulina isofânica (Mixtard 30 ®)  
penfill recargas de 3 ml



Efeito máximo:  
2 a 8 horas  
Duração do efeito  
até 18 horas

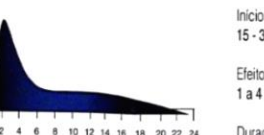


### Análogos Bifásicos (pré-misturas)

Insulina lispro 25% + 75% insulina lispro protaminada (Humalog Mix 25 ®)  
Cartuchos recargas de 3 ml

Insulina lispro 50% + 50% insulina lispro protaminada (Humalog Mix 50 ®)  
Cartuchos recargas de 3 ml  
Caneta pré-cheia Kwikpen de 3 ml

Insulina aspártico 30% + 70% insulina aspártico protaminada (NovoMix ®)  
penfill recargas de 3 ml

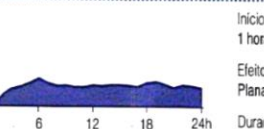


Início da ação:  
15 - 30 min.  
Efeito máximo:  
1 a 4 horas  
Duração do efeito  
até 18 horas



### Análogo de Ação Prolongada

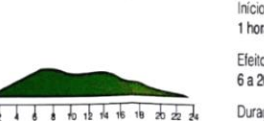
Insulina glargina (Lantus ®)  
Caneta pré-cheia Solostar de 3 ml  
Cartuchos recargas de 3 ml



Início da ação:  
1 hora  
Efeito máximo:  
Plano  
Duração do efeito  
24 horas



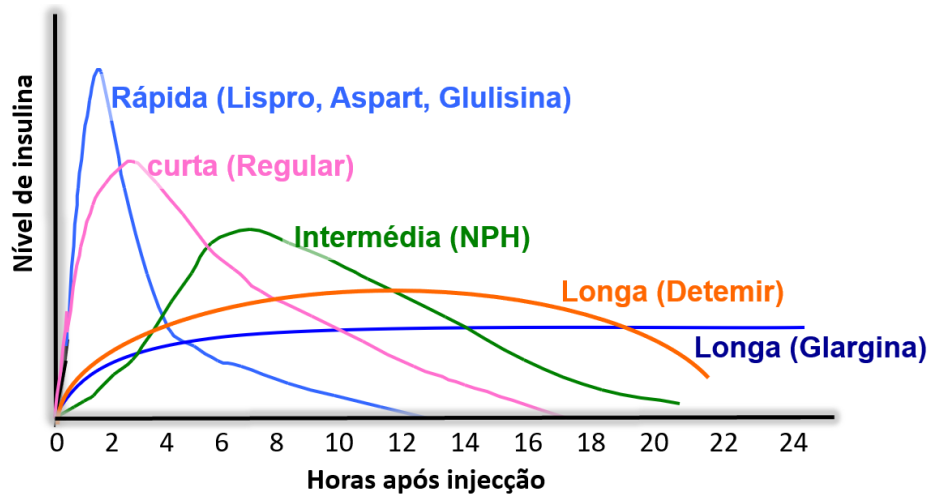
Insulina detemir (Levemir ®)  
Caneta pré cheia de 3 ml



Início da ação:  
1 hora  
Efeito máximo:  
6 a 20 horas  
Duração do efeito  
até 24 horas



## Tipos de Insulina



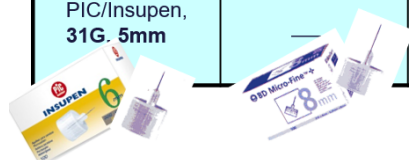
## Cuidados com a conservação das Insulinas

	Em uso	Em reserva	Nota
No frigorífico	3 meses	Validade da embalagem (armazenado entre 2 e 8°C)	<b>Não se deve utilizar quando houver:</b> líquido turvo na insulina rápida e ultra rápida, precipitação e formação de cristais ou flocos na insulina NPH e congelamento em qualquer das insulinas; <b>Os análogos de insulina e as insulinas regulares não devem ser agitados</b>
Fora do frigorífico	30 Dias (entre 15 e 30° C)		
Em viagem	Proteger da luz e temperaturas extremas (< 2°C ou >30°C) podendo retornar ao frigorífico		

- Insulina em uso deve estar sempre à temperatura ambiente (<30° C) – se administrada fria causa dor

## Agulhas que fazem parte do protocolo da Diabetes

PIC INSUPEN	BD MICROFINE	OMNICAN FINE	WELLION MEDFINE	CLICKFINE	DROPLET
Agulha PIC/Insupen, 31G, 6mm	Agulha B-D Micro- Fine+5mm	Omnican Fine 29G 12mm	Wellion Medfine plus agulhas 4 mm	Agulhas Clickfine 4mmx32G	Droplet Pen Needles (6mmx31G)
Agulhas PIC/Insupen, 32G, 6 mm	Agulha B-D Micro- Fine+8mm	Omnican Fine 30G 8mm	Wellion Medfine plus agulhas 6 mm	Agulhas Clickfine 6mmx31G	Droplet Pen Needles (8mmx31G)
Agulhas PIC/Insupen, 32G, 8 mm	Agulhas B-D Micro- Fine+12,7mm	—	Wellion Medfine plus agulhas 8 mm	Agulhas Clickfine 8mmx31G	Droplet Pen Needles (10mmx29G)
Agulha PIC/Insupen 32G - 4x0.23 mm	—	—	Wellion Medfine plus agulhas 10 mm	Agulhas Clickfine 10mmx29G	Droplet Pen Needles (12mmx29G)
Agulha PIC/Insupen, 31G. 5mm	—	—	Wellion Medfine plus agulhas 12 mm	Agulhas Clickfine 12mmx29G	—



Disponível em:

[http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/DISPOSITIVOS\\_MEDICOS/PROGRAMA\\_CONTROLO\\_DIABETES\\_MELLITUS](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/DISPOSITIVOS_MEDICOS/PROGRAMA_CONTROLO_DIABETES_MELLITUS)

23

- As agulhas de 4mm são as recomendadas para qualquer indivíduo independentemente da idade, sexo e IMC – adultos muito magros (IMC <19) devem efetuar prega cutânea, inserindo a agulha perpendicularmente à pele.
- A reutilização de agulhas não é uma boa prática e os utilizadores devem ser desencorajados a fazê-lo.

### EFEITOS SECUNDARIOS DA INSULINOTERAPIA

#### ➤ Hipoglicémia

A hipoglicemia é o efeito adverso mais comum da terapêutica da diabetes e está associada, de acordo com diversos autores, a maior risco de demência, quedas, fraturas por quedas, eventos cardiovasculares e diminuição da qualidade de vida relacionada com a saúde. As suas causas são variadas, como por exemplo: excesso de insulina, refeições pobres em hidratos de carbono, atividade física intensa, aumento da velocidade de absorção da insulina, entre outras.

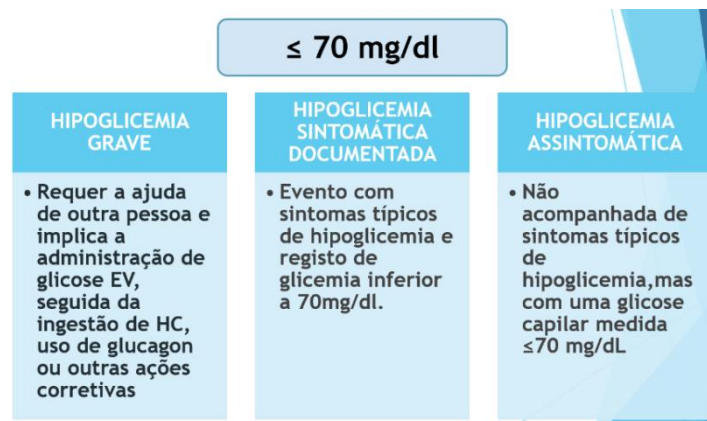


O diagnóstico é mais provável na presença da Tríade de Whipple: sintomas consistentes com hipoglicemia, níveis reduzidos de glicemia e desaparecimento dos sintomas após o restabelecimento dos valores glicémicos normais ou superiores.

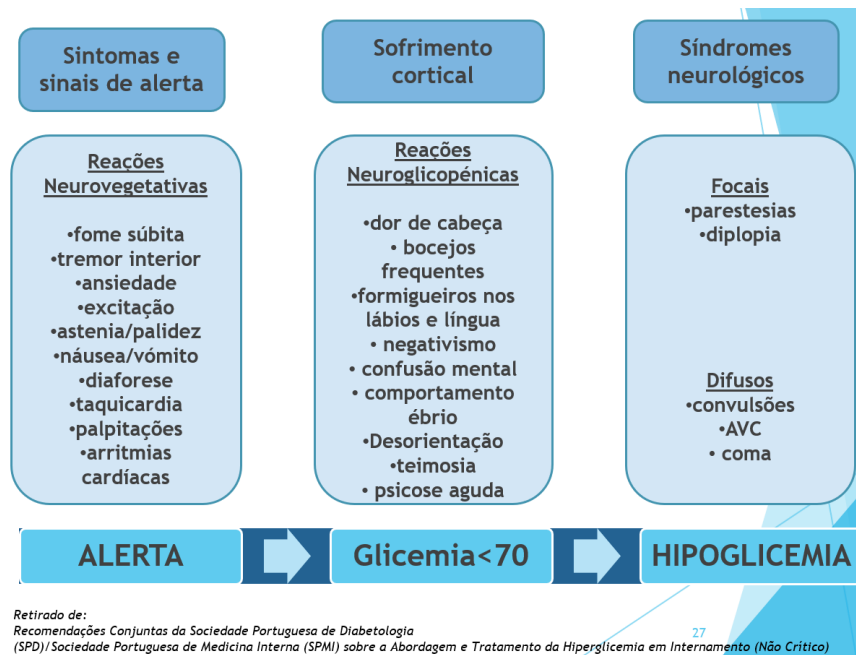
O limiar glicémico para sintomas de hipoglicemia pode variar e como tal, um valor limiar único para a glicose plasmática, que defina hipoglicemia em doentes com diabetes não pode ser atribuído.

No entanto, os doentes tratados com sulfonilureias, glinidas e insulina, dado o maior risco de hipoglicemia, devem ser ensinados para autovigilância e para o significado de níveis de glicose inferiores a 70mg/dl.

A American Diabetes Association e a Sociedade Americana de Endocrinologia, propuseram recentemente a seguinte classificação:







Não esquecer também que as hipoglicemias podem ocorrer durante o sono, podendo manifestar-se através de gritos ou ter pesadelos, sudorese intensa molhando pijama e lençóis e sentir-se cansado, irritado ou confuso ao acordar.

### Tratamento

**$\leq 70$  mg/dl**

#### 1. Ingerir 15 a 20 gr. de HC absorção rápida:

2 pacotes açúcar, 1-2 colheres chá açúcar ou mel, meia garrafa de refrigerante açucarado, 1 a 2 rebuçados, gel ou comprimidos de glicose ou 1 chávena de leite

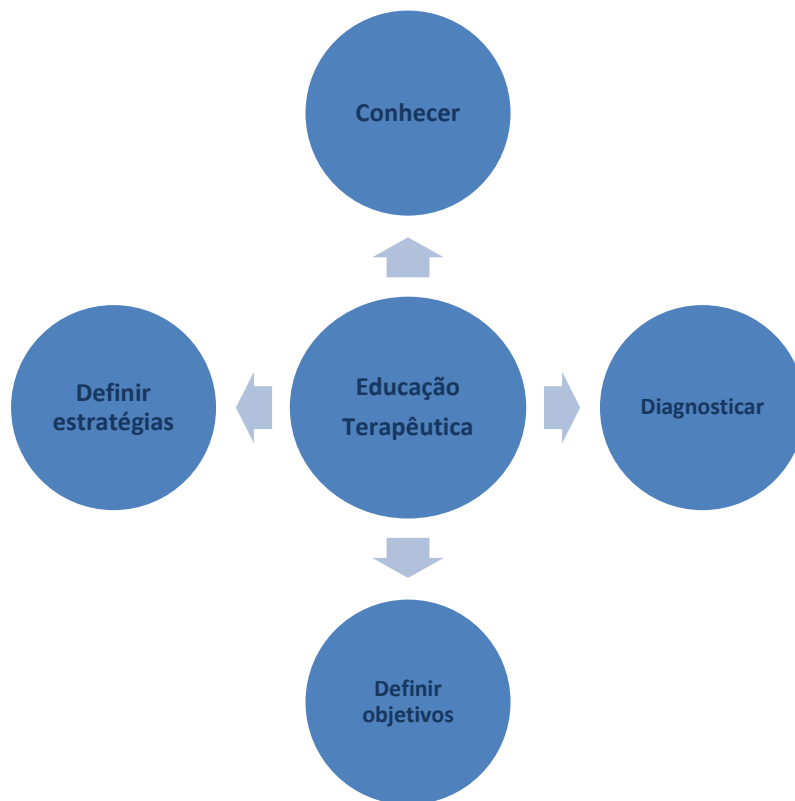
#### 2. Avaliar a glicemia 15 minutos após o tratamento:

Se glicemia <70 repetir tratamento

Se glicemia >70, ingerir refeição com glícidos (ex. meia chávena de leite com uma sandes, ou a próxima refeição principal)

#### 3. Ter disponível injeção de glucagon para doentes inconscientes

## Educação Terapêutica



- Conhecer os problemas e necessidades do diabético e sua família, incluindo crenças, conhecimentos, expectativas e objetivos, relativos às práticas de saúde implicadas, o estado de saúde, o estilo de vida e as características do ambiente e meio interpessoal dos utentes
- Diagnosticar as necessidades de aprendizagem de autocuidados após analisar todos os fatores que influem no estilo de vida;
- Definir os objetivos de saúde, educação do diabético e sua família que devem ser alcançados;
- Definir quais as melhores estratégias para a mudança, orientando a sua aplicação, identificando simultaneamente os fatores que podem dificultar ou facilitar a mudança.
- A educação deve ser simples, relevante, consistente e continuada.

**A diabetes é uma doença devastadora, mas o seu impacto pode ser reduzido mediante uma gestão adequada, por parte da equipa de profissionais de saúde, com prestação de cuidados de saúde individualizados à pessoa com Diabetes.**

## CONCLUSÃO

Com vista à uniformização dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com diabetes, no âmbito da consulta de enfermagem, surgiu este guia de apoio ao workshop “Formar para educar em Diabetes”.

É necessário implementar intervenções mais centralizadas na pessoa, de acordo com o significado que esta atribui à doença, como a prioriza na sua vida, adequando-as à capacidade que a pessoa tem para fazer mudanças do seu estilo de vida para obter um bom controlo glicémico.

Os enfermeiros são reconhecidos como os principais facilitadores da gestão da doença, através da educação e promoção do autocuidado, no âmbito das suas consultas. Contudo, é importante que esta educação terapêutica seja fornecida por enfermeiros qualificados, sendo este um fator-chave para a adesão à intervenção.

Estudos recentes, revelam que os acompanhamentos realizados por enfermeiros especializados na área da diabetes resultam numa melhoria do nível de controlo glicémico na maioria dos participantes dos diferentes estudos.

Para que as pessoas tenham acesso a cuidados de qualidade é fundamental que haja uma formação contínua na área da autogestão da diabetes, visto que esta reflete-se numa redução do risco de complicações a longo prazo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cardoso A, Queirós P, Ribeiro, C. Intervenções para a aquisição do autocuidado terapêutico da pessoa com diabetes *mellitus*: revisão sistemática da literatura. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2015: Revista Portuguesa de Saúde Pública. 33(2):246–255. [citado 15 Dez 2018]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902515000322>
- Direção Geral de Saúde. Norma. Insulinoterapia na Diabetes Mellitus tipo 2. 2014 [citado 16 dez 2017]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0252011-de-29092011-atualizada-a-30072013-jpg.aspx>
- Fonseca F, Pichel F, Albuquerque I, Afonso MJ, Baptista N, Túbal V. Manual de Contagem de Hidratos de Carbono na Diabetes Mellitus – para profissionais de saúde. Porto: Associação Portuguesa dos Nutricionistas. [citado 15 Dez 2018]. Disponível em: [http://www.apn.org.pt/documentos/manuais/Manual\\_Contagem\\_HC.pdf](http://www.apn.org.pt/documentos/manuais/Manual_Contagem_HC.pdf)
- Observatório Nacional da Diabetes. Diabetes, Factos e Números. Lisboa: Letra Solúvel; 2015. [citado 17 dez de 2018]. Disponível <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2010.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Diabetes: factos e números 2015: relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia; 2016. [citado 15 Dez 2018]. Disponível em: <http://www.spd.pt/images/bolsas/dfn2015.pdf>
- The UK Injection and Infusion Technique Recommendations 4th Edition, october 2016



Apêndice 7 – Resumo do Artigo sobre Informação à pessoa com diabetes  
tipo 2: Cuidados de saúde Primários vs Hospital

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



“Informação à pessoa com diabetes tipo 2: Cuidados de saúde Primários vs Hospital”

Revisão Integrativa da Literatura

“Information for people with type 2 diabetes: Primary health care vs Hospital”

Integrative Literature Review

“Información a la persona con diabetes tipo 2: Cuidado de la Salud Primarios vs Hospital”

Revisión Integrativa de la Literatura


**Vanessa Ferreira Gregório** - Mestranda em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde de Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal. Portugal.

## **RESUMO**

**Introdução:** A diabetes mellitus tipo 2 é uma doença crónica que constitui, atualmente, uma das principais causas de morte. O fato das pessoas com diabetes não serem seguidas sempre no mesmo local, pode fazer com que adquiram informações não coincidentes, levando a insegurança ou quebra de confiança, resultando num mau controlo metabólico. **Objetivo:** verificar se a informação fornecida à pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2, nos cuidados de saúde primários e hospital é uniforme. **Métodos:** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura com pesquisa nas bases de dados eletrónicas Cinahl Plus, Medline with full text, Science Direct, Academic Search Complete e Complementary Index. Foram estabelecidos como critérios de inclusão estudos, publicados entre 2014 e 2018, sobre informações/intervenções de enfermagem centradas no autocuidado da pessoa com diabetes mellitus tipo 2, com idade igual ou superior a 18 anos. **Resultados:** Foram analisados 5 artigos que avaliaram a eficácia das intervenções ou dos programas de educação em diabetes, realizados por enfermeiros ou equipas multidisciplinares, dirigidas a pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. **Conclusão:** Os estudos não se revelaram claros sobre as informações que são fornecidas às pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2, nestes dois contextos. Todavia, revelaram a necessidade de haver uma intervenção contínua junto da pessoa com diabetes, através de uma equipa multidisciplinar, onde um enfermeiro especialista em diabetes e a formação contínua são fundamentais para ir ao encontro das necessidades globais das pessoas, resultando em ganhos de saúde e qualidade de vida.

**Descritores (DeCS):** intervenções de enfermagem, diabetes tipo 2, cuidados de saúde primários, consulta externa ou hospital, educação em diabetes.





Formar para Educar  
em Diabetes

## QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DO WORKSHOP

**A. CONTEÚDO PROGRAMÁTICO**

	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
1. Qualidade dos conteúdos apresentados no Workshop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Estrutura dos conteúdos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Duração da ação de formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B. ORGANIZAÇÃO DA AÇÃO**

	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
1. Qualidade das Instalações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Equipamentos didáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Qualidade do Workshop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Horário do Workshop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C. FORMADOR**

	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
1. Clareza da apresentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Domínio dos temas desenvolvidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Documentação e bibliografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Capacidade para esclarecer dúvidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pontualidade/Gestão do tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C. RESULTADOS E EXPETATIVAS**

	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
1. Temáticas abordadas face às expetativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Utilidade prática do Workshop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D. AVALIAÇÃO GLOBAL**

	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
1. Globalmente a ação de formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Workshop para Enfermeiros**

**“Formar para Educar em Diabetes”**

**E. Este Workshop permitiu-lhe a aquisição de novos conhecimentos?**

Sim ☐ Não ☐

Se tiver respondido que não, justifique.

Se tiver respondido que sim, diga quais as principais aprendizagens neste workshop.

---



---



---

**F. SUGESTÕES**

---



---



---

**Nome (facultativo):**

**Email (facultativo):**

Preencha os campos de identificação apenas se tiver alguma questão/sugestão que queira ver esclarecida.

**Obrigada pela colaboração**







## Plano de Sessão: Ciclo Formativo

### Formar para Educar em Diabetes

#### QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS

Este questionário é anónimo e tem a finalidade de fazer uma avaliação dos conhecimentos prévios dos formandos. No final do workshop será entregue o mesmo questionário, com o intuito de avaliar se houve aumento de conhecimento e a pertinência do mesmo. Os dados serão tratados no âmbito académico, no relatório de estágio, que estou a elaborar, integrado no Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

As questões encontram-se divididas em áreas temáticas, de acordo com a que serão abordadas nos dois dias do workshop, e para cada resposta apenas haverá uma resposta correta.

#### A ALIMENTAÇÃO E A DIABETES

1. **Qual a quantidade mínimo de Hidratos de Carbono que deve estar presente na alimentação de uma grávida com Diabetes Gestacional e um indivíduo com diabetes tipo 1/2?**
  - a) 20 a 30% do valor calórico diário
  - b) 50 a 55% do valor calórico diário
  - c) 15% do valor calórico diário
  
2. **Na contagem de hidratos de carbono, quais os fatores que podem fazer variar a sensibilidade à insulina?**
  - a) Idade, composição corporal e atividade física;
  - b) Hora da refeição, variações de peso e alterações hormonais
  - c) Ambas as anteriores estão corretas.

**3. Em que complicação da diabetes devemos restringir as hortaliças e saladas?**

**Gastroparésia diabética**

**4. Quais os princípios gerais para um bom controlo glicémico?**

- a) Alimentação, Insulina e Atividade física
- b) Contagem dos hidratos de carbono e atividade física
- c) As respostas A e B estão ambas corretas

**SAÚDE ORAL E A DIABETES**

**5. Quais são os riscos para o utente diabético com a glicémia controlada?**

- a) Xerostomia
- b) Periodontite
- c) Infecções orais
- d) Cáries
- e) Sem risco

**6. Os utentes fumadores devem ter maior vigilância oral?**

- a) Não, todas as pessoas têm as mesmas orientações para a vigilância oral.
- b) Sim, porque a nicotina promove a vasoconstrição, reduzindo ou até mesmo anulando os sinais do aparecimento e progressão da periodontite.
- c) Nenhuma das respostas é a correta.

**7. Devemos ter em conta algum ensino especial quando estamos com um utente com bom controlo glicémico?**

- a) Sim, pois apesar de controlada, a diabetes é sempre um fator de risco.
- b) Não, serão tratados de uma forma similar a pessoas saudáveis.

### **CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE DIABETES**

**8. Qual o critério de diagnóstico de diabetes, tendo por base a glicemia de jejum?**

- a) > ou igual a 126mg/dl;
- b) > 92mg/dL

**9. Quais as classes de antidiabéticos orais mais suscetíveis de provocar hipoglicemias?**

- a) Biguanidas
- b) Sulfonilureias e glinidas

**10. Dá 2 exemplos de insulinas de ação prolongada.**

**Lantus e Levemir**

**11. Como se deve conservar a insulina em uso?**

- a) No frigorífico.
- b) À temperatura ambiente até máximo 4 semanas;

### **ATIVIDADE FÍSICA E DIABETES**

**12. A pessoa com DMT2, deve medir a sua glicémia:**

- a) Antes de realizar exercício
- b) Durante o exercício
- c) Após o exercício
- d) Todas as anteriores

**13. A melhor altura para realizar exercício é:**

- a) Pela manhã
- b) Ao fim do dia
- c) 1h a 1h e meia após a refeição



**14. Um utente que toma insulina, deve fazer exercício na altura do pico de ação da insulina (assinale com uma cruz):**

Verdadeiro	<input type="checkbox"/>
Falso	<input type="checkbox"/>

**15. A Prática regular de exercício físico, realizada na dose certa para o controlo glicémico, produz efeito (assinale a opção correta):**

- a) Exclusivamente até 24 horas após o exercício
- b) Até 48 horas após o exercício
- c) Entre as 2 horas e as 72 horas após o exercício
- d) Até 1 semana após o exercício

:

**16. Uma pessoa com diabetes tipo 2 deve realizar preferencialmente exercício do tipo (assinale a opção correta):**

- a) exercício aeróbio
- b) exercício de resistência
- c) uma combinação de ambos os tipos
- d) exercício de flexibilidade

**17. Uma pessoa com DT2, deve realizar exercício preferencialmente com uma intensidade (assinale a opção correta):**

- a) baixa
- b) moderada
- c) elevada

**Muito Obrigada pela sua colaboração**



## INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

O presente documento tem como objetivo informar que se encontra a participar no Projeto de Intervenção Comunitário intitulado “Continuidade de Cuidados na consulta de enfermagem à pessoa adulta com Diabetes: articulação ACESA-CH”, após ter sido devidamente informado/a e esclarecido/a acerca das condições da sua participação.

A sua participação é fundamental para a identificação das necessidades sentidas enquanto profissional de saúde nesta articulação interinstitucional. O projeto realiza-se no âmbito do Mestrado de Enfermagem em Associação, na área de especialização de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública e está a ser desenvolvido pela mestrandia Vanessa Ferreira Gregório (tlm. 934783850; e-mail: vanessaferreiragregorio@gmail.com).

A entrevista tem a duração estimada de aproximadamente 30 minutos, podendo ser necessário contactá-lo/a novamente para confirmar e/ou obter novas informações. A informação recolhida é confidencial e será tratada e conservada de forma anónima. Os resultados apenas serão divulgados em contexto científico (em apresentações ou publicações), sem nunca revelar a sua identidade. A sua participação é completamente voluntária e a decisão de não participar, total ou parcialmente, não lhe trará qualquer prejuízo. Poderá desistir a qualquer momento e, se preferir, a informação já recolhida poderá ser imediatamente destruída.

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

### Declaro que:

- Recebi uma cópia deste documento;
- Li e compreendi a informação que consta neste documento e que fui devidamente informado/a e esclarecido/a acerca dos objetivos e das condições de participação neste projeto;
- Tive oportunidade de realizar perguntas e de ser esclarecido/a acerca de outros aspetos;
- Aceito participar voluntariamente neste projeto.

O/a participante: \_\_\_\_\_

A mestrandia: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Gostaria de ter conhecimento dos resultados deste projeto? \_\_\_\_\_

**Obrigada pela sua participação**





### **Pedido de Parecer à Comissão de Ética para a Saúde ARSLVT**

**Título:** Continuidade de Cuidados na consulta de enfermagem à pessoa adulta com Diabetes: articulação Agrupamento de Centros de Saúde Arrábida (ACESA) e o Centro Hospitalar de Setúbal (CHS)

**Nome dos Investigadores:** Vanessa Alexandra Nogueira Ferreira Gregório

#### **Experiência Profissional**

- 12/09/2017 – Presente: Enfermeira de Cuidados Gerais na Consulta Externa I do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE
- 14/09/2015 até 11/09/2017 - Enfermeira de Cuidados Gerais na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) no Centro Hospitalar de Setúbal, EPE;
- 15/11/2014 até 10/11/2016 - Enfermeira de Cuidados Gerais no Hospital da Luz, Setúbal:
  - Desempenho de funções rotativas nos serviços de Ginecologia/Obstetrícia (Consulta da Grávida, Apoio à consulta médica, Vacinação). Realizei sessões de formação para Grávidas; Atendimento Médico Permanente (AMP), Exames Endoscópicos (Punção, Recobro e Instrumentação), Serviço de Internamento (Cirurgia e Medicina).
- 12/03/2015–09/06/2016 Enfermeira de Cuidados Gerais na Cruz Vermelha Portuguesa, Setúbal
  - Tratamento de Feridas; Avaliação TA; Avaliação de Glicémia Capilar e Colesterolémia; Promoção da Saúde, entre outros.
- 09/09/2014–27/02/2015 Enfermeira de Cuidados Gerais na Unidade de Cuidados Continuados Rollar - Alojamento para Idosos, Setúbal.

Poderão consultar o currículo completo no apêndice 1.

#### **Introdução:**

Verifica-se atualmente, no ACESA, a necessidade de otimizar a sua articulação com o Centro Hospitalar de Setúbal, no âmbito das consultas de enfermagem de diabetes. Apesar de ambas as instituições utilizarem o mesmo programa informático “Sclínico”, neste

momento, os enfermeiros do ACESA que realizam a consulta de enfermagem de diabetes não têm como aceder aos registos das consultas de enfermagem de diabetes realizadas no CHS e vice-versa. Para além disso, também não existe nenhum documento em suporte papel que permita ao enfermeiro registar a informação necessária à continuidade de cuidados. Essa dificuldade na articulação leva à descontinuidade e fragmentação de cuidados, relativamente aos CSH, não garantindo a segurança da pessoa com diabetes. Por outro lado, é fundamental eliminar a duplicação de informação fornecida à pessoa, e rentabilizar os recursos existentes para uma maior eficiência e qualidade dos cuidados de saúde.

A continuidade de cuidados é um direito dos cidadãos que assume ainda maior importância quando estes necessitam de cuidados multiprofissionais dirigidos às suas doenças crónicas. Existe continuidade de cuidados quando estes são prestados de forma complementar e em tempo útil. Entenda-se a continuidade como a implementação de cuidados por diferentes profissionais de saúde, de uma forma coerente, lógica e oportuna. *A complexidade dos atuais problemas de saúde e a rentabilização dos recursos requerem uma abordagem multidisciplinar e interinstitucional, pelo que, a articulação entre os cuidados de saúde hospitalares e os CSP é determinante, permitindo desta forma uma intervenção global aos três níveis de prevenção. Para existir articulação entre os diferentes níveis de cuidados é indispensável uma comunicação adequada entre os profissionais* (Mendes F. , Serra, Caldeira, Casa-Novas, & Gemito, 2016).

Este projeto pretende otimizar o processo de articulação/comunicação, entre os enfermeiros do ACESA e do CH, que realizam consulta de enfermagem de diabetes à pessoa adulta, com vista a assegurar a continuidade dos cuidados de saúde às pessoas com diabetes, seguidas em consulta no ACESA e, simultaneamente, no CH.

Uma vez que, de acordo com as competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública, este deve ser capaz de identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, com vista a uniformizar as práticas e promover a complementaridade dos diferentes profissionais de saúde e parceiros comunitários definiu-se como objetivo geral:

- Estabelecer a articulação/comunicação, no âmbito da consulta de enfermagem de diabetes à pessoa adulta com diabetes, entre o Agrupamento dos Centros de Saúde Arrábida e o Centro Hospitalar, até ao final de 2019.

No entanto, para que se possa estabelecer uma articulação/comunicação eficaz e adequada, torna-se fundamental fazer o levantamento das necessidades sentidas pelos enfermeiros do ACESA que realizam consulta de enfermagem de diabetes, de forma a identificar as suas principais dificuldades e perceber quais as estratégias que eles consideram mais facilitadoras para o estabelecimento dessa articulação.

Junto em anexo o parecer positivo do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento do Centro Hospitalar e da respetiva Comissão de ética.

### **Metodologia**

Este projeto segue a metodologia de projeto e a população a envolver serão os enfermeiros que realizam a consulta de enfermagem de diabetes, selecionados através de uma amostra por conveniência. Depois de se identificarem as necessidades sentidas pelos enfermeiros que realizam consulta de enfermagem de diabetes, no ACESA e no CHS, de forma a assegurar a continuidade dos cuidados de saúde, serão definidas um conjunto de intervenções que se espera serem uma mais-valia para continuidade dos cuidados e consequentemente para a melhoria da qualidade dos cuidados às pessoas com diabetes.

Para realizar o levantamento das necessidades sentidas pelos enfermeiros, será realizada uma entrevista semiestruturada, tendo sido elaborado um conjunto de perguntas sobre o tema em estudo, fornecendo ao entrevistado a possibilidade de falar livremente sobre os assuntos tratados. O guião da entrevista pode ser consultado no apêndice 2.

Relativamente ao caderno de recolha de dados, estes serão analisados com base na análise de conteúdo, de forma a identificar os resultados.

A informação recolhida é confidencial e será tratada e conservada de forma anónima. Os resultados apenas serão divulgados em contexto científico (em apresentações ou publicações), sem nunca revelar a sua identidade. A sua participação é completamente

voluntária e a decisão de não participar, total ou parcialmente, não lhe trará qualquer prejuízo. Poderá desistir a qualquer momento e, se preferir, a informação já recolhida poderá ser imediatamente destruída.

### **Recursos**

Para a realização deste levantamento de necessidades, os únicos recursos necessários serão:

- Humanos – os enfermeiros que realizam consulta de enfermagem de diabetes no ACESA e foram selecionados para entrevista;
- Materiais: Gabinete disponível, Guião da entrevista, consentimento assinado, gravador, folha de rascunho e caneta;

Relativamente às condições de financiamento para o ACES, trata-se de um projeto sem financiamento, de carácter voluntário.

A divulgação dos resultados será efetuada através de relatório académico, com defesa pública de tese de mestrado. Os resultados apurados serão também divulgados e entregues no ACESA, em formato de relatório final, mediante apresentação do mesmo na unidade onde o estágio se encontra a decorrer.



## Cronograma

ANO	2018							2019
Meses	Maio	Junho	Julho	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro
Realização das Entrevistas aos Enfermeiros da consulta de diabetes do ACESA								
Realização das Entrevistas às Enfermeiras da consulta de diabetes do CH								
Análise de conteúdo das entrevistas								
Definição de Estratégias adequadas para estabelecer a articulação entre o ACESA e o CH								
Operacionalização do projeto/divulgação de resultados								

## REFERÊNCIAS

(s.d.).

Administração Central do Sistema de Saúde. (2012). *Referenciais de Competências e de Formação para o domínio da Diabetes – Formação contínua*. Lisboa. Obtido em 2019 de janeiro de 6, de <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/DIABETES.pdf>

Araújo, D., & Pontes, M. (2002). *Doenças crónicas*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

- Bardin, L. (2015). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bilro, M. E. (2004). Articulação de Cuidados. In: Bilro, M. E. S. & Cruz, A. G. 195-200.
- Campos, A. C. (2008). *Reformas da Saúde: O fio condutor*. Coimbra: Almeida.
- Correia, H., Espincho, M., Moreira, J., & Pacheco, S. (2012). *Cuidados de enfermagem em saúde comunitária ao adolescente* (Vol. 54). Servir. Obtido em 1 de março de 2019
- Decreto-Lei n.º 63/2016. (2016). *Diário da República n.º 176/2016, Série I de 2016-09-13*, pp. 3159-3191. Obtido de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/75319452/details/normal?q=Decreto-Lei+n.%C2%BA%2063%2F2016%2C%20de+13+de+setembro>
- Despacho nº 3052/2013. (26 de fevereiro de 2013). *Diário da República - 2ª Série – Nº 40.*, pp. 7527-7529. Obtido de <file:///C:/Users/cons.gab29/Downloads/i018616.pdf>
- Dias, A., & Queirós, A. (2010). *Plano Nacional De Saúde 2011-2016: Integração e Continuidade de Cuidados*. Obtido em 15 de janeiro de 2019, de <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdnacdn.com/files/2010/07/ICC3.pdf>
- Direção-Geral de Saúde. (19 de fevereiro de 2013). *Processo Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus tipo 2*, p. 153. Obtido em 25 de fevereiro de 2019, de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/informacoes/informacao-n-0012013-de-19022013.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2013). *Processo Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus tipo 2*. Obtido em 10 de janeiro de 2019, de <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjT3-KHlIDhAhXD6OAKHcp2Au8QFjAAegQlChAC&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fprograma-nacional-para-a-diabetes%2Fcirculares-normas-e-orientacoes%2Finformacao-da-direcao-geral-da-saude-n-00>
- Direção-Geral de Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020*. Obtido de <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção-Geral de Saúde. (2016). *Plano Nacional de Saúde - Eixo Estratégico Acesso e Equidade*. Lisboa. Obtido de <http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Acesso-e-Equidade3.pdf>
- Direção-Geral de Saúde. (2017). *Vigilância Epidemiológica*. Obtido em 2018 de maio de 25, de <https://www.dgs.pt/vigilancia-epidemiologica.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (23 de maio de 2018). Competências do Programa Nacional para a Diabetes. Obtido em 27 de fevereiro de 2019, de <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-a-diabetes/>

- Gallant, M. P. (2003). The Influence of Social Support on Chronic Illness Self-Management: A Review and Directions for Research. (H. E. Behavior, Ed.) 30(2), pp. 170-195.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1177/1090198102251030>
- Gaudência, M., Melo, M., Veríssimo, N., & Silva, R. (s.d.). Desafio das Doenças Crónicas. Obtido em 23 de fevereiro de 2019, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4350/31out2010.pdf>.
- Gomes, M., Teixeira, M., & Paçô, M. (1 de outubro de 2015). Clinical Predictors of Oral Health-Related Quality of Life in Older Adults with Diabetes. *Revista Referência*, 81-89.  
doi:<http://dx.doi.org/10.12707/RIV15002>
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Imperatori, M., & Giraldes, E. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde - Manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa.
- International Council of nurses. (2009). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento: Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. Genebra. Obtido em 15 de dezembro de 2018, de [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CIPE\\_AdesaoTratamento.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CIPE_AdesaoTratamento.pdf)
- International Diabetes Federation. (2017). *Diabetes Atlas*. Obtido em 27 de dezembro de 2018, de <http://www.diabetesatlas.org/>
- Machado, M. (2009). *Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho. Obtido em 15 de fevereiro de 2019, de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese%20de%20Mestrado%20-%20Adesão%20ao%20Regime%20Terapêutico%20-%20Representações%20das%20pessoas%20com%20IRC%20sobre%20o%20cont.pdf>
- Mendes, F., Serra, I., Caldeira, E., Casa-Novas, M., & Gemito, M. (28 de abril de 2016). A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. *Ciência & Saúde*, pp. 841-853.
- Mendes, F., Serra, I., Casa-Novas, M., Caldeira, E., & Gemito, M. (2016). A *Continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes*, pp. 841-853.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015>
- Ministério da Saúde. (22 de fevereiro de 2008). Decreto-Lei nº 28/2008, 1ª Série Diário da República. Portugal. Obtido de <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>
- Ministério da Saúde. (2016). Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro.
- Navalhas, J. C. (1999). *Cuidados Continuados: um modelo urgente* (4 ed.). Enfermagem um contributo para a Saúde.



Nunes, J. S. (2015). *A Diabetes em Síntese: Contributo Para Um Melhor Conhecimento E Gestão Da Doença*. Apifarma.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Obtido em 9 de março de 2019, de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica\\_aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento nº.348/2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, 2ª Série Diário da República. Obtido em 10 de janeiro de 2019, de [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadrõesQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica\\_DRJun2015.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadrõesQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (6 de fevereiro de 2019). Regulamento 140/2019 Competências comuns do enfermeiro especialista, 2ª Série Diário da República. Portugal. Obtido de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/119236195/details/normal?l=1>

Ottawa, C. d. (1986). 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa. Obtido de <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj-m76XlYlAhVFUxoKHZwmCsoQFjAAegQICBAC&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdocumentos-e-publicacoes%2Fcarta-de-otawa-pdf1.aspx&usq=AOvVaw3stiA3FLGRxdwkUaDtXUzW&cshid=15525>

Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6ª Edição ed.). New Jersey: Pearson Education.

Programa Nacional para a Diabetes. (2017). *Programa Nacional para a Diabetes*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Obtido em 18 de janeiro de 2019, de [https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiis7mE4\\_3gAhVJxIUkHeOqA-UQFjAAegQICBAC&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fportal-da-estatistica-da-saude%2Fdiretorio-de-informacao%2Fdiretorio-de-informacao%2Fpor-serie-8](https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiis7mE4_3gAhVJxIUkHeOqA-UQFjAAegQICBAC&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fportal-da-estatistica-da-saude%2Fdiretorio-de-informacao%2Fdiretorio-de-informacao%2Fpor-serie-8)

Radhakrishnan, K. (2011). *The efficacy of tailored interventions for self-management outcomes of type 2 diabetes, hypertension or heart disease: a systematic review.*, 68, pp. 496-510. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05860.x>

Rosas, M. (2015). *Gestão da Consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes: Que Modelo de Cuidados?* Escola Superior de Enfermagem do Porto. Obtido em 6 de fevereiro de 2019, de [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9764/1/Tesecorrigida\\_30\\_01\\_2015\\_CD.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9764/1/Tesecorrigida_30_01_2015_CD.pdf)

Silva, A., Ferreira, C., & Formigo, C. (2002). *Prestação de cuidados de enfermagem no contexto dos cuidados continuados*, pp. 60-64.



- Silva, M. (2013). *Gestão da Qualidade em Cuidados de Saúde*. Lisboa: Monitor.
- Smith, M. C., & Parker, M. E. (2016). *Nursing theories & nursing practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2016). *Diabetes: Factos e Números - O Ano de 2015 - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Lisboa: Letra Solúvel - Publicidade e Marketing, Lda. Obtido em 10 de janeiro de 2019, de <http://www.spd.pt/images/bolsas/dfn2015.pdf>
- Sousa, M. (março de 2003). A formação contínua em enfermagem. pp. 28-33.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. Loures: Lusociência.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*.
- Tavares, H. (2008). *Articulação de cuidados de enfermagem entre hospital e Centro de Saúde no âmbito dos Cuidados Continuados*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Obtido em 12 de fevereiro de 2019, de <http://hdl.handle.net/10216/7172>
- Toombs, S. K. (1992). *The meaning of illness: A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*. USA: Springer Science + Business Media Dordrecht.
- Veiga, M., Duarte, M., & Gândara, M. (1995). *Que futuro para a formação permanente dos enfermeiros? Enfermagem em Foco*. Lisboa.
- Victor, J., Lopes, M., & Ximenes, L. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. 18(3), pp. 235-240. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>
- World Health Organization. (2016). *Global Report on Diabetes*. MEO Design & Communication. Obtido em 29 de janeiro de 2019, de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf)



## WORKSHOP PARA ENFERMEIROS

# Formar para Educar em Diabetes

## Programa

### 21 de Dezembro de 2018

- 14h Saúde Oral na Diabetes
- 15h Alimentação na Diabetes

### 25 de janeiro de 2019

- 14h Considerações Gerais sobre Diabetes
- 15h Atividade Física na Diabetes

MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO

